

University of Groningen

Blue Zone Bus

Groot Beumer, Maud; Schout, Attie Corjanne; Dijkstra, Geesje

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Publication date:
2017

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Groot Beumer, M., Schout, A. C., & Dijkstra, G. (editor) (2017). *Blue Zone Bus: Een haalbaarheidsstudie*. Science Shop, University of Groningen.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Blue Zone Bus

Een haalbaarheidsstudie

Honours Master Programme

'Leadership: Making the difference!'

2016 – 2017



Maud Groot Beumer en Attie Schout
Onder begeleiding van dr. Geke Dijkstra

In opdracht van Jenny Oudman

26-06-2017

Voorwoord

Het rapport dat voor u ligt is geschreven in het kader van het Honours Master Programme 'Leadership: Making the difference' van de Rijksuniversiteit Groningen. Dit is een interfacultair programma waarin studenten naast hun reguliere masteropleiding kennis maken met diverse aspecten van leiderschap. Het Honours Master Programme is op te delen in drie even zwaar wegende delen: (1) de masterclasses en de workshop, (2) het Leadership Lab en (3) het Masterwork. In het eerste deel wordt gefocust op verschillende leiderschapsvormen en -vaardigheden. Voor het tweede deel, het Leadership Lab, kunnen de studenten zich inschrijven voor één van de vele (onderzoeks)projecten die door de universiteit zijn voorgesteld. Het derde en laatste deel van het Honours Master Programme, het Masterwork, is een project dat de studenten zelf bedenken, ontwerpen en uitvoeren.

Wij zijn Attie Schout en Maud Groot Beumer. Attie is studente Staats- en Bestuursrecht en Maud studeert Sociale Psychologie. Voor het Leadership Lab hebben wij beide gekozen voor het Blue Zone Bus project van Jenny Oudman onder leiding van dr. Geke Dijkstra. Attie vindt voeding en hoe men gezond kan leven al lange tijd erg interessant en is hier ook persoonlijk mee bezig. Verder vindt ze het een leuke uitdaging om zich buiten haar 'rechten-comfort zone' te begeven. Maud vindt hoe mensen gezond kunnen leven ook interessant en werd daarnaast tot dit project aangetrokken omdat ze hier haar kennis van psychologische processen kan toepassen. Dit maakt dat wij elkaar goed aanvullen gedurende het project. Omdat we graag een completer eindproduct aan Jenny Oudman willen overhandigen, hebben we ervoor gekozen om behalve ons Honours Leadership Lab ook ons Honours Masterwork in het kader van de Blue Zone Bus uit te voeren. Deel 1 van dit rapport is een uitwerking van het Honours Leadership Lab en Deel 2 is een uitwerking van het Honours Masterwork.

Graag willen wij bij deze Annemieke Visser, Klaske Wynia, Jasper Eijnsink, Tom Steffens, Jacco Hiemstra, Josine van 't Klooster, Hannie Poletiek en de buurtbewoners en maatschappelijk werkers van de Rivierenbuurt Groningen hartelijk bedanken voor hun tijd, enthousiasme en advies. Ook willen we Daan Bultje bedanken voor het delen van zijn inzichten en zijn bereidheid interessante personen uit zijn netwerk aan ons voor te stellen. Bovenal willen wij Jenny Oudman en Geke Dijkstra bedanken voor hun goede begeleiding en voor de gezellige meetings waar ook wel eens over Hugh Grant werd gepraat in plaats van over de Blue Zone Bus.. (;

We vonden het beide erg interessant, leerzaam, maar vooral heel leuk om nauw samen te werken met iemand die een andere opleidingsachtergrond heeft. Onze manier van denken werd door de ander in een ander perspectief gezet, waardoor we zelf ook weer nieuwe inzichten kregen. We hebben met veel plezier aan dit project gewerkt en hopen dat u, de lezer, ons rapport met net zo veel plezier zal lezen.

Attie Schout en Maud Groot Beumer

Inhoudsopgave

Algemene inleiding	5
Blue Zones	6
Jenny Oudman	6
Onderzoeksvragen.....	7
Te interviewen personen	8
Leeswijzer	8
Referenties	9
 Deel 1	
Hoofdstuk 1: Inleiding	11
1.1 Onderzoeksvragen.....	12
1.2 Leeswijzer	12
 Hoofdstuk 2: Methoden	 13
 Hoofdstuk 3: Welke mensen worden niet bereikt?	 15
3.1 Gezondheid in Nederland.....	16
3.2 Gezondheid in Groningen.....	20
3.3 Conclusie	23
Referenties	24
 Hoofdstuk 4: Welke communicatiestrategieën zijn geschikt voor de doelgroep?	 26
4.1 Psychologische procesessen.....	27
4.2 Communicatiestrategieën	30
4.3 Interviews	33
4.4 Conclusie	35
Referenties	35
 Hoofdstuk 5: Transitie naar de Blue Zone Bus	 36
5.1 Vertaling naar de Blue Zone Bus en gewenste aanpak	37
5.2 Bottom-up aanpak.....	37

Hoofdstuk 6: Conclusie en aanbevelingen	39
6.1 Conclusie.....	40
6.2 Aanbevelingen voor het Blue Zone Bus project	40

Deel 2

Hoofdstuk 1: Inleiding	45
1.1 Onderzoeksvragen.....	46
1.2 Leeswijzer	46
Referenties	47

Hoofdstuk 2: Methoden	48
Referenties	49

Hoofdstuk 3: Stakeholdertheorie	50
3.1 Stakeholdercategorieën	51
Referenties	53

Hoofdstuk 4: Benaderde stakeholders	54
4.1 Tom Steffens – FitGaaf!	55
4.2 Jacco Hiemstra – New Atlantis	56
4.3 Josine van 't Klooster – Healthy Ageing UMCG	57
4.4 Hannie Poletiek – GGD Groningen	58
Referenties	59

Hoofdstuk 5: Niet benaderde stakeholders	60
5.1 Groninger Studenten Sportstichting ACLO.....	61
5.2 dr. Karlien Luten	62
5.3 Cholesterolmeting UMCG.....	62
5.4 dr. Sanne Visser	63
5.5 Gemeente Groningen	64
5.6 Irmgard Buissink	65
Referenties	66

Hoofdstuk 6: Conclusie en discussie	67
Referenties	68

Appendix

Appendix A: Gesprek met dr. Annemieke Visser – Toegepast GezondheidsOnderzoek	71
Appendix B: Gesprek met dr. Klaske Wynia - SamenOud	73
Appendix C: Gesprek met dr. Jasper Eijnsink – Gedragsverandering bij kwetsbare zwangeren	77
Appendix D: Gesprek met de doelgroep – Mensen met een lage sociaaleconomische status	79
Appendix E: Gesprek met Tom Steffens – FitGaaf!	80
Appendix F: Gesprek met Jacco Hiemstra – New Atlantis	83
Appendix G: Gesprek met Josine van 't Klooster – Healthy Ageing UMCG.....	85
Appendix H: Gesprek met Hannie Poletiek – GGD Groningen	87

Algemene inleiding

Inhoudsopgave

Blue Zones	6
Jenny Oudman	6
Onderzoeksvragen	7
Te interviewen personen	8
Leeswijzer	8
Referenties	9

Algemene inleiding

In deze algemene inleiding wordt achtergrondinformatie over het Blue Zone Bus project gegeven. Eerst zal worden uitgelegd wat Blue Zones zijn. Daarna wordt besproken wie Jenny Oudman, onze opdrachtgever, is en hoe ze op het idee van de Blue Zone Bus is gekomen. Vervolgens worden de onderzoeksvragen van dit project genoemd. Deze algemene inleiding wordt afgesloten met een leeswijzer.

Blue Zones

Blue zones zijn gebieden op de wereld waar mensen (gemiddeld) het gelukkigst, gezondst en langst leven door een bepaalde leefstijl aan te houden. Dan Buettner van National Geographic Magazine heeft zeven van dit soort gebieden geïdentificeerd: de eilanden van Okinawa (Japan), Sardinië (Italië), Acciaroli (Italië), Nicoyaschiereiland (Costa Rica), een gemeenschap van mormonen in Loma Linda (Californië, VS), het eiland Ikaria (Griekenland) en Öland, Zuid-Småland en Noord-Oost-Skåne (Zweden). Buettner (2012) vat de levensstijl van de mensen in de hierboven genoemde Blue Zones met de volgende negen lessen samen: (1) matige en regelmatige fysieke beweging, (2) levensdoel, (3) stressreductie, (4) matige calorie inname, (5) plantaardig dieet, (6) matige alcohol inname, (7) zich bezig houden met spiritualiteit of religie, (8) zich bezig houden met het familieleven, en (9) zich bezig houden met een sociaal leven.

Helaas ontbreekt Nederland in dit rijtje. Uit een bevolkingsonderzoek blijkt dat Noord-Nederland, met name in specifieke delen van Groningen, helemaal geen sprake is van een Blue Zone en dat in die delen verbetering mogelijk is op het gebied van leefstijl (GGD Groningen, 2012; meer hierover is te vinden in hoofdstuk 3 van Deel 1). Dit is waarom Jenny Oudman de Blue Zone Bus in het leven wil roepen: om bij te dragen om van de provincie Groningen een Blue Zone te maken.

Jenny Oudman

Onze opdrachtgever Jenny Oudman heeft een praktijk, *Jenny Oudman coaching* (www.JennyOudman.nl), waarin ze de afgelopen twee jaar mensen begeleid heeft op het gebied van leefstijl. Voordat ze haar eigen bedrijf startte heeft Jenny onder andere als communicatieadviseur gewerkt bij de veiligheidsregio en brandweer Groningen.



In 2014 werd Jenny ernstig ziek en had ze zwaar overgewicht. Opeens voelde ze hoe zwaar ze de combinatie van het hebben van twee kleine kinderen en het vooruitzicht van een letterlijk en figuurlijk zwaar leven in afhankelijkheid van medicijnen zou vinden. Dit maakte dat ze zich realiseerde dat ze zelf de verantwoordelijkheid moest nemen voor de gezondheid van haar lichaam

en geest. Toen ze zich daar vervolgens ook professioneel verder in ging verdiepen leerde ze hoe groot de invloed is die de mens als individu heeft op zijn/haar fysieke en mentale gezondheid, zowel in positieve als in negatieve zin. Het in de praktijk invulling geven aan die eigen verantwoordelijkheid begint bij bewustwording en het verkrijgen van de juiste kennis en inzicht volgens Jenny. Jenny ondersteunt haar cliënten in dit proces. In haar coachingspraktijk begeleidt ze mensen individueel en in gezinsvorm bij het op maat aanpassen van hun leefstijl om vitaler en gezonder oud(er) te worden. Haar klantenbestand bestaat voornamelijk uit Nederlandse, hoger opgeleide vrouwen tussen de 30 en 65 jaar. Deze mensen zijn zich ervan bewust dat ze zich beter kunnen gaan voelen door aanpassingen in hun leefstijl en kunnen zich de professionele begeleiding veroorloven.

Er zijn echter grote groepen mensen waarvan bekend is dat zij ongezonder zijn, meer overgewicht kennen en een lagere levensverwachting hebben dan gemiddeld in Nederland: dit zijn de mensen met een lage sociaaleconomische status (zie ook Deel 1, hoofdstuk 3). In deze groepen gaan ongezondheid en een lager budget vaak samen, zodat zij zich ook om financiële redenen minder snel tot professionele begeleiding zullen wenden. Jenny heeft nagedacht over hoe deze groepen op een innovatieve, laagdrempelige, doelgroepgerichte en aansprekende manier voorgelicht kunnen worden over en bewuster gemaakt kunnen worden van de gevolgen van hun leefstijl en van mogelijke aanpassingen daarin. Het is echter lastig om deze mensen te bereiken. Als mogelijke oplossing dacht Jenny aan een speciaal voor dit doel ingerichte bus. In deze bus zouden mensen bijvoorbeeld vrijblijvend een bodycheck kunnen laten uitvoeren, waar vervolgens met een begrijpelijke en aansprekende uitleg inzicht wordt gegeven in de staat van de gezondheid. Daarnaast kan men uiteraard ook tips krijgen om met kleine aanpassingen grote gezondheidsveranderingen te bewerkstelligen. Met deze bus, die letterlijk naar mensen toe gaat en laagdrempelig is, wil Jenny een bijdrage leveren om van Groningen een Blue Zone maken.

Onderzoeksvragen

Voor het Honours Leadership Lab heeft Jenny Oudman voor ons drie vragen opgesteld die ze graag beantwoord wil zien: 'Welke mensen worden er op dit moment nog niet bereikt, maar zouden wel baat hebben bij een gezondheidsprogramma?', 'Wat is een geschikte manier om deze mensen te bereiken?', en 'Hoe vertaalt dit zich naar een bus, de Blue Zone Bus?' Zoals gezegd, hebben wij, Attie en Maud, besloten om in het kader van het Honours Masterwork vervolg te geven aan deze vragen. Hiervoor onderzoeken we welke organisaties en personen potentiële samenwerkingspartners voor het Blue Zone Bus project zijn.

Te interviewen personen

Voor zowel het Honours Leadership Lab (Deel 1) als het Honours Masterwork (Deel 2) zullen we verschillende individuen en vertegenwoordigers van organisaties interviewen. We interviewen mensen die ervaring hebben met het benaderen, motiveren en activeren van moeilijk bereikbare doelgroepen, mensen die ervaring hebben met het implementeren van gezondheidsprogramma's, en mensen die het Blue Zone Bus project op een andere manier kunnen helpen met hun kennis en/of netwerk. De personen die we zullen interviewen zijn (tussen haakjes het bedrijf of de organisatie waaraan de geïnterviewde verbonden is): Annemieke Visser (Toegepast GezondheidsOnderzoek), Klaske Wynia (SamenOud), Jasper Eijnsink (gynaecoloog, UMCG), Tom Steffens (FitGaaf!), Jacco Hiemstra (New Atlantis), Josine van 't Klooster (hoofd Healthy Ageing Team, UMCG) en Hannie Poletiek (GGD Groningen). Verder zullen we ook met de doelgroep van het Blue Zone Bus project in gesprek gaan. De, door de geïnterviewde goedgekeurde, uitwerkingen van de interviews zijn te vinden in Appendix A tot en met H.

Leeswijzer

Dit rapport is opgedeeld in twee delen. Het eerste deel is geschreven in het kader van het Honours Leadership Lab. In dit deel worden de drie onderzoeksvragen die Jenny heeft opgesteld benoemd (hoofdstuk 1) en de onderzoeksmethoden besproken (hoofdstuk 2). Daarna wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen 'Wie worden er niet (voldoende) bereikt met de huidige gezondheidsprogramma's?', 'Welke communicatiestrategieën zijn geschikt voor deze groep?' en 'Hoe vertalen deze inzichten zich naar een bus?' (respectievelijk hoofdstukken 3, 4 en 5). Dit deel wordt afgesloten met een conclusie en een vijftal aanbevelingen voor het Blue Zone Bus project (hoofdstuk 6). Het tweede deel is geschreven in het kader van het Honours Masterwork. Hierin worden eerst de onderzoeksvraag die in dit deel centraal staat ('Welke organisaties en personen zijn potentiële samenwerkingspartners voor het Blue Zone Bus project?') verder toegelicht (hoofdstuk 1) en de onderzoeksmethoden besproken (hoofdstuk 2). Vervolgens wordt de stakeholdertheorie van Mitchell, Agle en Wood (1997) uitgelegd, gevolgd door de lijst met stakeholders die we wel zullen benaderen en de lijst met stakeholders die (nog) niet benaderd worden (respectievelijk hoofdstukken 3, 4 en 5). Ten slotte volgt een conclusie (hoofdstuk 6). Het rapport wordt afgesloten met de Appendix waarin zoals gezegd alle uitgewerkte interviews zijn te vinden.

Referenties

Buettner, Dan (2012). *The Blue Zones, Second Edition: 9 Lessons for Living Longer From the People Who've Lived the Longest*. Washington, D.C.: National Geographic. ISBN 978-1426209482. OCLC 777659970.

Gemeentelijke Gezondheidsdienst Groningen (2012). *Gezondheidsprofiel van de provincie Groningen 2012*. Verkregen via: <https://ggd.groningen.nl/onderzoek/gezondheidsprofiel/tabellenboek-2012>

Mitchell, R.K., Agle, B.R. & Wood, D.J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *The Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.

National Geographic Magazine. *Longevity, The Secrets of Long Life*. ngm.nationalgeographic.com. Retrieved 2017-04-03

DEEL 1

Hoofdstuk 1

Inleiding

Inhoudsopgave

1.1 Onderzoeksvragen	12
1.2 Leeswijzer.....	12

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Onderzoeksvragen

Voor het Honours Leadership Lab heeft Jenny Oudman voor ons drie vragen opgesteld die ze graag beantwoord wil zien: (1) Welke mensen worden er op dit moment nog niet bereikt, maar zouden wel baat hebben bij een gezondheidsprogramma?, (2) Wat is een geschikte manier om deze mensen te bereiken?, en (3) Hoe vertaalt dit zich naar een bus, de Blue Zone Bus? In de leeswijzer hieronder staat wat er in welk hoofdstuk wordt behandeld.

1.2 Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken worden achtereenvolgens de onderzoeksmethoden besproken (hoofdstuk 2), de onderzoeksvragen 1, 2 en 3 beantwoord (respectievelijk hoofdstukken 3, 4 en 5), een conclusie van de bevindingen van het Honours Leadership Lab gegeven (hoofdstuk 6).

Hoofdstuk 2

Methoden

Hoofdstuk 2: Methoden

Om antwoorden te vinden op de drie onderzoeksvragen die Jenny Oudman aan ons heeft voorgelegd zullen we verschillende strategieën toepassen. Om erachter te komen welke personen op dit moment niet (voldoende) bereikt worden door de bestaande gezondheidsprogramma's, maar hier wel baat bij zouden kunnen hebben (onderzoeksvraag 1) doen we een literatuurstudie. Voor de literatuurstudie zullen we niet alleen gebruik maken van landelijke gegevens, maar ook van gegevens specifiek voor de provincie Groningen. Voor de tweede onderzoeksvraag ('Welke communicatiestrategieën sluiten het beste aan bij de doelgroep?') zullen we naast een literatuurstudie waar vooral literatuur uit de (sociale) psychologie wordt onderzocht, ook gebruik maken van de inzichten die we krijgen op basis van de interviews met Annemieke Visser, Klaske Wynia, Jasper Eijnsink en mensen uit de Blue Zone Bus-doelgroep. Voor het vertalen van de verkregen inzichten naar strategieën/aanpakken die in het Blue Zone Bus project kunnen worden ingezet (onderzoeksvraag 3) zal gebruik worden gemaakt van de antwoorden op de twee voorgaande onderzoeksvragen en van de interviews. Tijdens de interviews zullen we daarom ook aan de te interviewen personen vragen of zij, gezien hun expertise op een relevant gebied, adviezen voor de realisatie van de Blue Zone Bus hebben.

Hoofdstuk 3

Welke mensen worden niet bereikt?

Inhoudsopgave

3.1 Gezondheid in Nederland	16
3.1.1 Overzicht van gezondheid, leefstijlfactoren, ziekte en sterfte in Nederland	16
Leefstijlfactoren	16
3.1.2 Sociaaleconomische gezondheidsverschillen	18
3.1.3 Gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status	18
Leefstijl	19
Voeding	19
3.1.4 Opvattingen over gezondheid en gezond leven van mensen met een lage sociaaleconomische status	19
3.2 Gezondheid in Groningen	20
3.2.1 Levensverwachting in Groningen	20
3.2.2 Sociaaleconomische status	21
3.2.3 Leefstijl	22
3.2.4 Roken	22
3.2.5 Overgewicht, lichaamsbeweging en voeding	23
3.3 Conclusie	23
Referenties	24

Hoofdstuk 3: Welke mensen worden niet bereikt?

Zoals eerder vermeld, bestaat het klantenbestand van Jenny Oudman voornamelijk uit vrouwen die bewust met hun gezondheid en leefstijl bezig zijn en hun weg naar een lifestylecoach weten te vinden. In dit hoofdstuk staat de vraag centraal welke doelgroepen echter niet worden bereikt door de (bestaande) gezondheidsprogramma's, maar daar wel baat bij zouden hebben. Ter beantwoording van deze vraag worden verschillende onderzoeken aangehaald met het doel inzicht te krijgen welke doelgroepen met de bestaande gezondheidsprogramma's niet bereikt worden, maar daar wel gebaat bij zouden zijn en wat deze groepen kenmerkt.

3.1 Gezondheid in Nederland

Deze paragraaf biedt een overzicht van de gezondheid van de inwoners van Nederland. Hiervoor is gebruik gemaakt van de uitkomsten van onderzoeken van het Regionaal Gezondheidskompas, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (hierna: *RIVM*) en de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM (hierna: *VTV*).

3.1.1 Overzicht van gezondheid, leefstijlfactoren, ziekten en sterfte in Nederland

De gemiddelde leeftijd ligt in Nederland op 77,9 jaar voor mannen en op 83,3 jaar voor vrouwen (CBS, 2014). Niet altijd wordt deze leeftijd in goede gezondheid gehaald. De top vijf meest voorkomende ziekten met de hoogste ziektelast in Nederland zijn coronaire hartziekten, beroerte, angststoornissen, depressie en diabetes. Deze top vijf is relatief constant gebleven door de tijd. Wel is duidelijk dat diabetes stijgt op de lijst, terwijl COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) daalt (Nationaal Kompas, 2013). In 2015 overleden 8.982 personen (5.292 mannen en 3.690 vrouwen) als gevolg van coronaire hartziekten (CBS, Doodsoorzakenstatistiek).

Welke doodsoorzaak het meest voorkomt, verschilt sterk per leeftijdsgroep: voor 0-24 jaar zijn dat aangeboren afwijkingen, perinataal ontstane aandoeningen, verkeers- en privé-ongevallen en suïcide; voor 25-44 jaar: borstkanker, coronaire hartziekten, verkeersongevallen en suïcide; en vanaf 45 jaar: coronaire hartziekten, longkanker, beroerte, dementie, hartfalen en COPD (RIVM, 2010).

Leefstijlfactoren

Een leefstijl kenmerkt de manier van leven van een persoon. Factoren die hier in kunnen worden onderscheiden zijn onder andere roken, alcohol en drugs, bewegen, welzijn, stress, gezonde voeding en maatschappelijke participatie. De manier van leven heeft invloed op de gezondheid en het ontstaan van ziekten.

De leefstijlfactor roken zorgt, gevolgd door de leefstijlfactor overgewicht, voor het meeste verlies van de totale en gezonde levensverwachting (het aantal jaren dat in goede gezondheid wordt doorgebracht). Het effect van weinig lichaamsbeweging en alcohol op een afname in totale en gezonde levensverwachting is iets kleiner. Mensen zonder obesitas die niet roken, worden gemiddeld 83,7 jaar, terwijl dit voor rokers 78,2 jaar is. Voor mensen met obesitas die niet roken ligt de gemiddelde levensverwachting op 80,4 jaar (deelrapport VTV, 2010). Daarnaast hebben ook een te hoog cholesterolgehalte, hoge bloeddruk en een ongezond voedingspatroon een negatief effect op de gezondheid, maar over de mate waarin dat zo is, zijn geen gegevens beschikbaar (deelrapport VTV, 2010). Hieronder wordt dieper ingegaan op de leefstijlfactoren 'roken' en 'overgewicht en obesitas'.

Roken Roken zorgt voor een slechtere kwaliteit van leven, meer ziekteverzuim en een hoger zorggebruik (Surgeon General, 2004). In vergelijking met andere leefstijlfactoren is de bijdrage aan de totale ziektelast van roken hoog. In Nederland verliezen rokers ten opzichte van niet-rokers gemiddeld 4,1 levensjaren en 4,6 gezonde levensjaren (jaren die zonder ziekte worden doorgebracht; Hoeymans et al., 2010). Ook krijgen rokers vaker COPD en longkanker in vergelijking met niet-rokers. Daarnaast wordt roken ook geassocieerd met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten, maar uiteindelijk krijgen mensen die niet roken en niet te dik zijn toch bijna net zo vaak hart- en vaatziekten. Het verschil is waarschijnlijk toe te wijzen aan het feit dat niet-rokers op latere leeftijd met hart- en vaatziekten te maken krijgen, in vergelijking met rokers.

Overgewicht en obesitas Bij overgewicht is er sprake van te veel vetweefsel in het lichaam. Overgewicht ontstaat als het lichaam meer voedingsstoffen binnenkrijgt dan het op een dag nodig heeft (de zogenoemde maximale energiebehoefte). Net als bij overgewicht is er bij obesitas ook sprake van overgewicht. Het enige verschil is een verschil in de Body Mass Index (hierna: *BMI*). Een gezonde BMI ligt tussen de 18,5 en 24,9. Bij overgewicht is deze hoger dan 25, terwijl bij obesitas deze hoger 30 is. Bij een BMI dat hoger is dan 40 is sprake van morbide obesitas (Gezondheidsplein, n.d.).

Net als roken, zorgen overgewicht en obesitas voor een relatief grote gezondheidslast. Zo is obesitas een belangrijke risicofactor voor een groot aantal chronische ziekten (Gezondheidsraad, 2003). Naarmate de BMI stijgt, neemt de (co)morbiditeit toe. Dit betreft met name diabetes mellitus type 2, maar ook verschillende vormen van kanker, hart- en vaatziekten, galziekten en artrose. Volwassenen met ernstig overgewicht hebben 5 tot 12 keer zoveel kans op diabetes en een 2 tot 3 keer zo hoge kans op hartziekten (RIVM, 2014). Overgewicht veroorzaakt jaarlijks 22.000 nieuwe gevallen van diabetes, 16.000 gevallen van hart- en vaatziekten en 2.200 gevallen van kanker.

Vijf procent van de sterfgevallen in Nederland wordt veroorzaakt door overgewicht (RIVM, 2014). Risicogroepen voor overgewicht zijn mensen met een lage SES (zie paragraaf 3.1.2). Mensen met een lage SES hebben 2,5 keer meer kans op overgewicht en ruim vier keer meer kans op obesitas. Bij personen met een laag opleidingsniveau (geen opleiding of basisonderwijs) komt obesitas grofweg drie keer vaker voor dan bij personen met een hoog opleidingsniveau (hoger beroepsonderwijs of universiteit; Van Lindert et al., 2004).

3.1.2 Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Zoals in de vorige paragraaf werd vermeldt, ligt de gezonde levensverwachting van inwoners in Nederland rond de 80 jaar. Niet iedereen haalt deze leeftijd in goede gezondheid, aangezien het aantal gezonde levensjaren ongelijk is verdeeld; er is sprake van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Dit zijn, volgens de definitie van Ultee (2003), systematische verschillen in gezondheid en sterfte tussen mensen met een hoge en mensen met een lage positie in de sociale stratificatie. De positie van mensen in de sociale stratificatie wordt hun sociaaleconomische status (hierna: *SES*) genoemd (Ultee et al., 2003). Deze status staat voor de positie die mensen op de maatschappelijke ladder innemen en het daaraan verbonden aanzien en prestige. Sommige mensen nemen een lagere positie in op de maatschappelijke ladder en anderen een hogere. Deze sociale ongelijkheid ontstaat doordat kennis, arbeid en bezit ongelijk verdeeld zijn over mensen. Naarmate mensen over meer of minder kennis, arbeid en bezit beschikken, nemen zij een respectievelijk hogere of lagere positie in de maatschappij in (Regionaal Kompas Volksgezondheid Brabant-Zuidoost, 2014).

3.1.3 Gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status

De gezondheid van mensen in lagere sociaaleconomische groepen is over het algemeen slechter dan die van mensen in hogere sociaaleconomische groepen. Zo leven mensen met alleen een basisschool opleiding gemiddeld zeven jaar korter dan mensen met een hbo- of universitaire opleiding. Het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen, ook wel de gezonde levensverwachting genoemd, is zelfs meer dan vijftien jaar in het voordeel van de hoger opgeleiden. Deze verschillen tussen sociaaleconomische groepen zijn de afgelopen tien jaar niet kleiner geworden (Bruggink, 2009; Hoeymans et al., 2010). De gemiddelde levensverwachting van mannen met alleen een lagere schoolopleiding is 74,1 jaar, terwijl mannen met een hbo - of wetenschappelijke opleiding gemiddeld 81,4 jaar leven. Laagopgeleide vrouwen hebben een levensverwachting van 78,9 jaar, terwijl deze bij hoogopgeleide vrouwen op gemiddeld 85,3 jaar ligt (Bruggink, 2009).

Leefstijl

Mensen met een lage SES hebben over het algemeen meer gezondheidsproblemen dan mensen met een hoge SES en ervaren hun gezondheid zelf ook als slechter. Uit onderzoek van Dotinga en Picavet uit 2006 blijkt dat er verhoudingsgewijs in arme buurten meer mensen sterven dan in rijkere buurten. Voor de leeftijdsgroep 45-64 jaar is dit zelf 50% meer. De lagere levensverwachting van mensen met een lage SES komt voor een deel doordat zij worden blootgesteld aan gezondheidsrisico's. Zo zijn de woon- en werkomstandigheden van mensen met een lage SES vaak minder gunstig dan die van hoger opgeleiden. Daarbij rookt deze groep meer, beweegt zij minder en eet zij minder groente en fruit (zie ook de subparagraaf *Voeding* hieronder). Ook komen onder de laagopgeleiden de ongunstige leefstijlfactoren 'excessief alcoholgebruik', 'niet sporten' en 'overgewicht' vaker voor dan bij hoogopgeleiden. Ernstig overgewicht en obesitas komen meer dan vier keer zo vaak voor bij mensen met een lage SES als bij hoogopgeleiden, overgewicht twee keer zo vaak (Dotinga & Picavet, 2006). Tevens zijn mensen met een lage SES minder succesvol in het stoppen met roken dan hoogopgeleiden.

Voeding

Ook qua voeding zijn er verschillen te zien tussen de verschillende sociaaleconomische groepen. Zo eten hoogopgeleide jongvolwassenen dagelijks gemiddeld 20 tot 30 gram meer groente dan mensen met een lage SES. Daarnaast lijken hoogopgeleiden meer fruit te eten, echter de verschillen met mensen met een lage SES zijn niet significant. Qua vetconsumptie zijn er nauwelijks verschillen zichtbaar naar opleidingsniveau (Hulshof et al., 2004).

Hetzelfde patroon is te zien bij kinderen: degenen met hoogopgeleide ouders eten het meeste groente en fruit. Voor de consumptie van verzadigde vetzuren en vis bestaan geen significante verschillen tussen de opleidingsgroepen (VCP, 2005/2006).

3.1.4 Opvattingen over gezondheid en gezond leven van mensen met een lage sociaaleconomische status

In 2010 bracht het VTV een achtergrondrapport uit bij het onderzoek 'Van gezond naar beter' (RIVM, 2010). Dit rapport geeft inzicht in de denkwijze en opvattingen van mensen met een lage SES over gezondheid en gezond leven. Uit dit rapport blijkt dat mensen met een lage SES in een aantal opzichten andere opvattingen hebben over gezondheid en gezond leven in vergelijking met mensen met een hoge SES. Zo zien mensen met een lage SES hun gezondheid vaker als een accu die niet meer helemaal opgeladen kan worden. Hun lichaam voelt voor hen als 'op', wat mede komt door de gezondheidsproblemen die de meesten hebben. Voor deze groep mensen is gezondheid "het zonder problemen en zonder pijn doorkomen van de dag, zonder spanning" (Nederlanders aan

het woord over gezondheid en gezond leven 2010, p. 56). Uit het onderzoek van het RIVM blijkt dat veel deelnemers aan dit onderzoek harde en heftige levens (achter de rug) hebben. Leven bij de dag is daardoor een gewoonte geworden, waardoor ver vooruitplannen een uitzondering is en door ziekte vaak ook niet mogelijk is. Daarbij is er niet veel geld om te besteden, waardoor vakantie en gezonde voeding een zeldzaamheid zijn. De deelnemers aan het onderzoek zitten veel thuis en zijn aan de buurt gebonden. Roken wordt als een van de weinige pleziertjes die nog over zijn ervaren, waardoor hiermee stoppen geen prioriteit heeft. Daarbij wantrouwen mensen met een lage SES officiële instanties en de overheid en is hun beeldvorming hierover negatief. Het lichaam van mensen met een lage SES is vaak versleten, waardoor vrolijke gezondheidscampagnes met mooie mensen niet aanslaan bij deze groep. Deze campagnes zijn namelijk door gezonde mensen bedacht en staan daardoor (te) ver van mensen met een lage SES als doelgroep af. Daarbij wordt ook de inhoud van de officiële gezondheidsinformatie gewantrouwd. Zoals het onderzoek van het RIVM het vermeldt, spelen tegenstrijdige berichten hierbij een rol, maar ook “een sterk nostalgisch verlangen naar het leven en de gewoontes van vroeger. Men koppelt de romantiek van ouderwetse stampotten met vette jus en speklappen aan een afkeer voor moderne toevoegingen en E-nummers” (Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven 2010, p. 56 en 57).

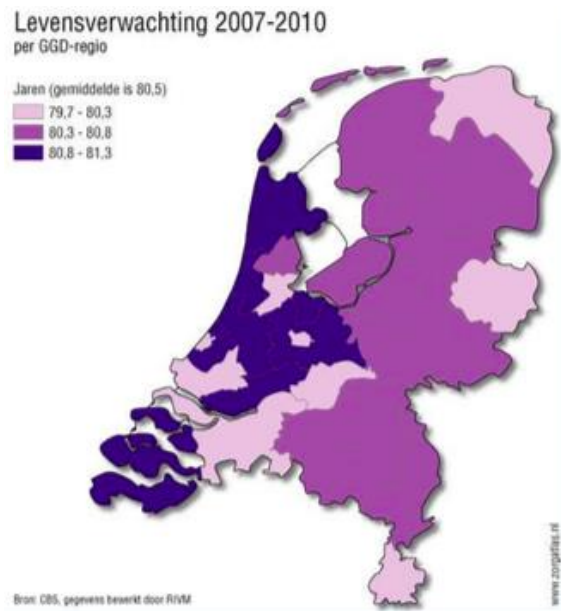
3.2 Gezondheid in Groningen

In de vorige paragraaf is een beeld van de algemene gezondheid in Nederland geschetst, maar hoe zit het met de gezondheid in de provincie Groningen? In 2012 heeft de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (hierna: *GGD*) Groningen het zogenoemde ‘Gezondheidsprofiel van de provincie Groningen’ gemaakt. Dit profiel geeft inzicht in de staat van de publieke gezondheid in deze provincie en levert de onderbouwing voor keuzes voor het preventief lokaal gezondheidsbeleid voor de 23 Groninger gemeenten. Het profiel bestaat uit gegevens van landelijke bronnen, de gezondheidsenquête voor volwassenen en de jeugdgezondheidsenquête. In totaal hebben ruim 4.300 volwassenen en bijna evenveel jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar deelgenomen aan dit onderzoek. In de volgende paragrafen wordt een korte samenvatting van de voor het Blue Zone Bus project belangrijke uitkomsten van de onderzoeken gegeven.

3.2.1 Levensverwachting in Groningen

In Groningen ligt de gemiddelde leeftijdsverwachting tussen de 79,9 en 80,3 jaar (zie Figuur 3.1). De laatste 17 levensjaren worden vaak in minder goede gezondheid doorgebracht. De levensverwachting in goed ervaren gezondheid is in de provincie Groningen significant lager dan het landelijk gemiddelde. Deze subjectief ervaren gezondheid geeft een robuuste voorspelling van de

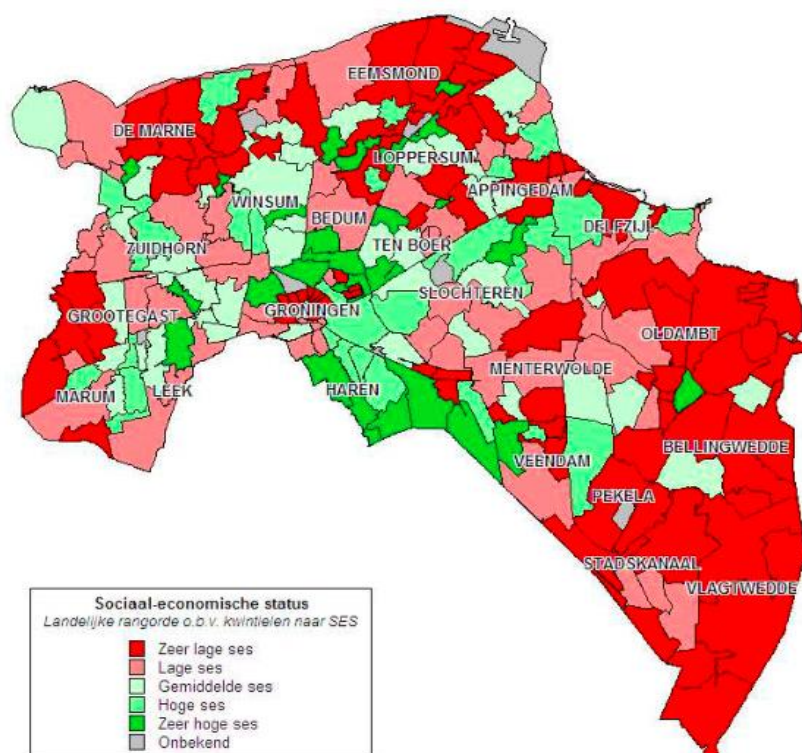
algemene gezondheid. Hoe slechter iemand zijn eigen gezondheid ervaart, hoe hoger de kans op vroegtijdig overlijden. Een minder goed ervaren gezondheid kan samenhangen met leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status en/of een voorgeschiedenis als asielzoeker of vluchteling (Gezondheidsprofiel 2012, p. 30).



Figuur 3.1 De levensverwachting in Nederland weergegeven per GGD-regio.

3.2.2 Sociaaleconomische status

De inwoners van de provincie Groningen hebben gemiddeld een lagere sociaaleconomische status dan landelijk (zie Figuur 3.2 voor een overzicht van de sociaaleconomische status per postcodegebied in Groningen). Zoals eerder vermeld, hebben groepen met een lage SES een minder gezonde leefwijze, bevinden deze groepen zich in een minder gezonde fysieke en sociale omgeving en lopen ze daardoor meer gezondheidsrisico's, hebben ze een slechtere gezondheid en een kortere (gezonde) levensverwachting. De gevolgen van deze sociaaleconomische positie is terug te zien in de ziekte- en sterftecijfers. Daarnaast hebben deze groepen een minder gezonde leefwijze, vertonen ze meer risicogedrag en is hun medische consumptie hoger (Nationaal kompas 2013).



Figuur 3.2 Sociaaleconomische status per postcodegebied in de provincie Groningen (GGD Groningen, 2010).

3.2.3 Leefstijl

Iemand's leefstijl is een belangrijke voorspeller voor zijn of haar gezondheid en ziekte in de toekomst. Kenmerken van een gezonde leefstijl zijn: matig alcoholgebruik, niet roken en voldoende lichaamsbeweging. Met name het overschrijden van een combinatie van deze kenmerken verhoogt de kans op het ontstaan van ziekte. In vergelijking tot andere leefstijlfactoren draagt alcoholgebruik relatief sterk bij aan de totale ziektelast. Na roken (13%), overgewicht (9,7%) en verhoogde bloeddruk (7,8%) komt alcoholgebruik op de vierde plaats van determinanten van ziekten met een bijdrage van 4,5% (Gezondheidsprofiel provincie Groningen, 2012). In de gemeente Groningen drinken, vergeleken met het provinciale gemiddelde, veel volwassenen overmatig. Hierbij is gecorrigeerd voor het drinkgedrag van de studenten in de stad Groningen.

3.2.4 Roken

In Groningen wordt onder hoogopgeleiden (HBO en WO opleiding) minder gerookt dan onder niet-hoog opgeleiden. Het verschil tussen beide groepen is ongeveer 10 procent. Alleen onder 65 plussers speelt opleidingsniveau geen rol. Bij de overige leeftijdscategorieën roken mensen met een lage SES meer dan hoog opgeleiden.

3.2.5 Overgewicht, lichaamsbeweging en voeding

Er zijn diverse factoren die samenhangen met overgewicht, zoals te veel eten, te weinig lichamelijke activiteit, psychische factoren en emoties, de fysieke en sociale omgeving en genetische aanleg. Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) kunnen leiden tot verschillende ziekten en aandoeningen. Het risico wordt groter naarmate de Body Mass Index (BMI) of de buikomvang toeneemt (Gezondheidsraad, 2003).

Onvoldoende beweging verhoogt de kans op vroegtijdig overlijden en op het ontstaan van ziekten. Het betreft ziekten zoals coronaire hartziekten, diabetes, beroerte, botontkalking, dikke darmkanker en borstkanker. Ook zijn er steeds meer aanwijzingen dat onvoldoende beweging het risico op dementie en depressie verhoogd. Voldoende lichamelijke activiteit zorgt behalve voor het behoud van gezondheid ook voor een gunstiger beloop van ziekten. Dit laatste is vooral het geval voor beroerte, diabetes, botontkalking en depressie. Het opleidingsniveau heeft geen of slechts een beperkte invloed. Veel jongeren op het voortgezet onderwijs voldoen aan de bewegingsnorm, dit komt vooral door de reisafstand met de fiets van school naar huis en vice versa. Verder valt het op dat meisjes over het algemeen minder bewegen dan jongens. Tenslotte bewegen jongere scholieren meer dan oudere scholieren.

Binnen de provincie Groningen zijn vooral in de gemeenten Groningen en Haren veel inwoners lid van een sportvereniging. Dit wordt, naast een breed aanbod van verenigingen, mede verklaard door een gemiddeld jonge en hoogopgeleide bevolking (gemeente Groningen) en naar verhouding veel inwoners met een hoge sociaaleconomische status (gemeente Haren).

3.3 Conclusie

Uit de eerder genoemde onderzoeken blijkt dat coronaire hartziekten, beroerte, angststoornissen, depressie en diabetes het meest voorkomen in Nederland. Kijkt men specifiek naar de provincie Groningen, dan volgt uit de onderzoeken dat kanker en hart- en vaatziekten de belangrijkste doodsoorzaak zijn. Daarbij is de sterfte als gevolg van diabetes hoger dan in de rest van het land.

Mensen in lagere sociaaleconomische groepen komen er qua gezondheid en levensverwachting ongunstiger vanaf dan mensen in hogere sociaaleconomische groepen. De eerstgenoemde groep mensen woont vaker in buurten die een ongunstig effect hebben op de gezondheid. Deze (leef)omstandigheden maken het voor hen moeilijker om gezond te leven. De consequentie hiervan is dat ongezond gedrag bij deze groepen meer voorkomt dan bij mensen met een hogere sociaaleconomische status. Dit uit zich onder andere in de gemiddelde levensverwachting: hoogopgeleide mensen leven bijna zeven jaar langer dan laagopgeleiden.

Inwoners van de provincie Groningen hebben gemiddeld een lagere sociaaleconomische status dan het landelijk gemiddelde. De gezondheidsproblematiek is onder deze groep het grootst, waardoor zij het meeste baat hebben bij gezondheidsadvies en een verandering in leefstijl. Het bereik van deze doelgroep is echter lastig, aangezien mensen met een lagere sociaaleconomische status vaak sceptisch tegenover hun gezondheid staan en vaak ook de financiële middelen niet hebben om gezonder te gaan leven. Daarbij wantrouwen deze mensen de overheidsinformatie en kunnen zij zich niet identificeren met de personen uit gezondheidscampagnes. Op welke manieren deze groep wél te bereiken is, wordt in het volgende hoofdstuk behandeld.

Referenties

- Brink, M. (2007.) *Kansen op integratie: een enquête naar de achtergronden en ondersteuningsbehoeften van de mensen die voor de pardonregeling in aanmerking komen*. Amsterdam: Regioplan.
- Bruggink, J.W. (2009). *Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau*. Verkregen via: <https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/2F9A2C5C-A3C1-4190-82AD-4962BE4F3F66/0/2009k4b15p71art.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (n.d.). *Doodsoorzakenstatistiek*. Gegevens omtrent de doodsoorzaken van alle in Nederlandse bevolkingsregisters ingeschreven overledenen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2009). *Jaarrapport 2009 Landelijke Jeugdmonitor*, Den Haag/Heerlen. Verkregen via: <http://jeugdmonitor.cbs.nl/NR/rdonlyres/0ED259EB-3584-41B4-922B-1CEC6476F410/0/2009g93pub.pdf>
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Brabant-Zuidoost (2014). *Wat is het integrale beleid?* Verkregen via: <http://www.regionaalkompas.nl/brabant-zuidoost/thema-s/mensen-met-een-lages/wat-is-het-integrale-beleid/>
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Groningen (2012). *Gezondheidsprofiel van de provincie Groningen 2012*. Verkregen via: <https://ggd.groningen.nl/onderzoek/gezondheidsprofiel/tabellenboek-2012>
- Gezondheidsplein (n.d.). Verkregen via: <https://www.gezondheidsplein.nl/dossiers/overgewicht-en-obesitas/item43085>
- Gezondheidsraad (2003). *Overgewicht en obesitas*. Verkregen via: <https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/03@07N.pdf>
- Hoeymans, N., Melse, J.M. & Schoemaker, C.G. (2010). *Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010: Van gezond naar beter*. Verkregen via:

- http://www.vtv2010.nl/object_binary/o9228_rivm02-gezondheid-en-determinanten-vtv-2010.pdf
- Hulshof K.F.A.M., Ocke, M.C., van Rossum, C.T.M., Buurma-Rethans, E.J.M., Brants, H.A.M., Drijvers, J.J.M.M. (2004). *Resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 2003*. Verkregen via: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/350030002.pdf>
- Palsma, A.H., Nicolaou, M., Van Dam, R.M., Stronks, K. (2006). *De voeding van Turkse en Marokkaanse Nederlanders in de leeftijd van 18-30 jaar: prioriteiten voor voedingsinterventies*. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2006; 84(7): 415-422.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2004). *Ons eten gemeten. Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland*. Verkregen via: <http://rivm.openrepository.com/rivm/bitstream/10029/8860/1/270555007.pdf>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2006). *Voedselconsumptiepeilingen*.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2010). *Terugdringen van gezondheidsachterstanden door gemeentelijk beleid: een literatuurverkenning naar effectiviteit van fysieke en sociale omgevingsmaatregelen*. Verkregen via: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270161003.pdf>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2010). *Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven 2010, Achtergrondrapport VTV 2010 Van gezond naar beter 2011*. Verkregen via: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061010.pdf>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (n.d.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)*. Verkregen via: http://www.rivm.nl/Onderwerpen/V/Volksgezondheid_Toekomst_Verkenning_VTV
- Schoevers M. (ongepubliceerd). *Health and access to healthcare for undocumented female immigrants*. Radboud University Medical Centre, Dept. of Women's Studies.
- Surgeon General (2004). *2004 Surgeon General's Health Report - The Health Consequences of Smoking*.
- Ultee, W.C., Arts, W.A. & Flap, H.D. (2003). *Sociologie: Vragen, Uitspraken en Bevindingen* (derde druk). Groningen: Martinus Nijhoff.
- Van der Lucht, F. & Polder J.J. (2010). *Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Verkregen via: http://www.vtv2010.nl/object_binary/o9196_RIVM-01-Kernrapport-Van-gezond-naar-beter-VTV-2010.pdf
- Van Lindert, H., Droomers, M. & Westert, G.P. (2004). *Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/ RIVM, 2004).

Hoofdstuk 4

Welke communicatiestrategieën zijn geschikt voor de doelgroep?

Inhoudsopgave

4.1 Psychologische processen	27
4.1.1 Sociale vergelijkingstheorie: Opwaartse en neerwaartse vergelijking	27
4.1.2 Elaboration Likelihood Model of Persuasion	28
4.1.3 Theory of Planned Behaviour	29
4.2 Communicatiestrategieën	30
4.2.1 Block leader benadering	31
Block leader benadering in het Blue Zone Bus Project	31
4.2.2 Implementation intentions en commitments	32
Implementation intentions	32
Commitments	32
Implementation intentions en commitments in het Blue Zone Bus project	32
4.3 Interviews	33
4.3.1 dr. Annemieke Visser – Toegepast GezondheidsOnderzoek	33
4.3.2 dr. Klaske Wynia – SamenOud	34
4.3.3 dr. Jasper Eijnsink – Gedragsverandering bij kwetsbare zwangeren	34
4.3.4 Doelgroep – Mensen met een lage SES	34
4.4 Conclusie	35
Referenties	35

Hoofdstuk 4: Welke communicatiestrategieën zijn geschikt voor de doelgroep?

In het voorgaande hoofdstuk werd geconcludeerd dat vooral mensen met een lage sociaaleconomische status niet (voldoende) worden bereikt met de bestaande gezondheidsprogramma's, terwijl ze hier wel baat bij zouden kunnen hebben. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op hoe deze groep mensen (hierna ook wel: de doelgroep) dan wél bereikt kan worden. Het is voor het Blue Zone Bus project essentieel om tijdens het toepassen van communicatiestrategieën rekening te houden met een doelgroep die wellicht niet geheel positief tegenover het initiatief staat. Om antwoord te krijgen op deze vraag is literatuuronderzoek gedaan naar (sociaal) psychologische theorieën die betrekking hebben op het beïnvloeden en motiveren van mensen en zijn er interviews bij een aantal experts en ervaringsdeskundigen afgenomen. Ook is er met een aantal leden van de doelgroep gesproken. Met de vergaarde informatie wordt in dit hoofdstuk antwoord gegeven op de vraag 'Welke communicatiestrategieën zijn geschikt voor onze doelgroep?'

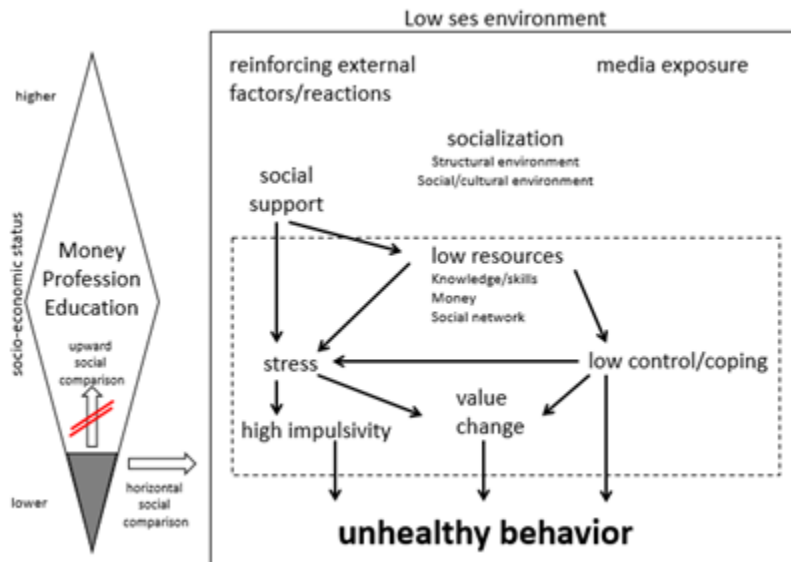
4.1 Psychologische processen

Een communicatiestrategie is effectief als deze voor een versterking van of een verandering in gedrag of attitude in de gewenste richting zorgt. In het geval van het Blue Zone Bus project is een strategie effectief als deze een versterking van gezond gedrag (bijv. bewegen) en/of een vermindering van ongezond gedrag (bijv. roken) teweeg brengt. Aan de invloed die communicatiestrategieën uitoefenen op gedrag en attitude liggen verscheidene psychologische processen ten grondslag. De psychologische processen die wij op dit moment het belangrijkste achten voor het Blue Zone Bus project worden in de subparagrafen hieronder behandeld.

4.1.1 Sociale vergelijkingstheorie: Opwaartse en neerwaartse vergelijking

De sociale vergelijkingstheorie van Festinger (1954) gaat over hoe mensen 'meten' hoe goed hun eigen vaardigheden zijn. Dit doen ze door te kijken hoe goed anderen dezelfde taak uitvoeren. Men kan zichzelf vergelijken met mensen die de taak slechter, of juist met mensen die de taak beter uitvoeren. Door een sociale vergelijking kan men zich beter of slechter over zichzelf voelen. Wanneer je jezelf vergelijkt met iemand die beter is in het uitvoeren van de taak, een zogenaamde opwaartse vergelijking, voel je je negatiever over je eigen prestatie. Als je jezelf vergelijkt met iemand die slechter in het uitvoeren van een taak is dan jij, en je dus een neerwaartse vergelijking maakt, voel je je juist positief over jezelf. Mensen vergelijken zichzelf liever met anderen die slechter af zijn dan zichzelf, omdat ze hier een positiever zelfbeeld aan over houden. Daarom zal iemand met een lage SES zichzelf minder snel vergelijken met iemand die een hoge SES heeft. Wanneer mensen met een lage

SES zichzelf alleen maar vergelijken met anderen met een lage SES, dringen innovaties (bijvoorbeeld op het gebied van een gezonde levensstijl) vanuit de hogere SES-klassen niet door tot de lagere SES-klassen. Dit leidt uiteindelijk tot ongezond gedrag in de lage SES-klassen (zie ook Figuur 4.1).



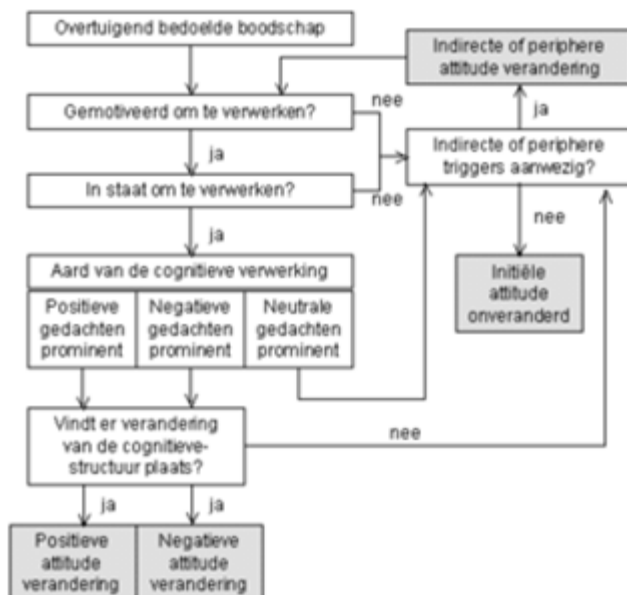
Figuur 4.1 Overzicht sociale vergelijking binnen lage SES-klassen (verkregen uit de PowerPoint van prof. dr. Arie Dijkstra, Rijksuniversiteit Groningen).

4.1.2 Elaboration Likelihood Model of Persuasion

Het Elaboration Likelihood Model of Persuasion (ELM; Petty & Cacioppo, 1986) legt uit dat er twee manieren zijn om informatie te verwerken: via de centrale route en via de perifere route. Wanneer iemand informatie via de centrale route verwerkt, zal de persoon in kwestie de gegeven argumenten goed en grondig overwegen om uiteindelijk tot de conclusie te komen of de informatie wel of niet overtuigend is. Deze manier van informatieverwerking vraagt, in tegenstelling tot de perifere route, veel aandacht en cognitieve inspanning. Wanneer de perifere route wordt gebruikt voor het verwerken van informatie, wordt er weinig inspanning gevraagd. Er wordt voornamelijk gebruik gemaakt van zogenoemde heuristieken: vuistregels die het denkproces vereenvoudigen en daardoor sneller maken. Een voorbeeld van een heuristiek is 'iemand met veel status zegt het, dus het is vast waar'.

Zoals in Figuur 4.2 te zien is, is de manier van informatieverwerking afhankelijk van twee vragen: (1) is de persoon gemotiveerd om de informatie te verwerken? en (2) is de persoon in staat de informatie te verwerken? Veel van de bestaande interventies en programma's maken gebruik van een *top-down benadering* van het gezondheidsprobleem: de beleidsmakers geven aan wat er moet gebeuren en hoe dat moet gebeuren, terwijl er niet (voldoende) wordt geluisterd naar de mensen

waar het daadwerkelijk om gaat. Vanuit het perspectief van de beleidsmakers lijkt het plan dat ze hebben opgesteld logisch, maar het kan zo zijn dat mensen met een lage SES minder goed in staat zijn de informatie die door hoger opgeleiden is opgesteld te verwerken (bijv. door moeilijker taalgebruik of een ander soort logica). Als dit zo is, wordt de informatie via de perifere route verwerkt en dus op basis van heuristieken beoordeeld. Verder kan het ook zo zijn dat, mede door de processen zojuist beschreven in paragraaf 4.1.1, mensen met een lage SES minder gemotiveerd zijn te luisteren naar wat mensen met een hoge(re) SES, aangezien hen dit een negatief gevoel kan geven. Door een verminderde motivatie en het niet in staat zijn de boodschap (volledig) te begrijpen, is het meer waarschijnlijk dat de informatie via de perifere route wordt verwerkt. Dit betekent dat de kracht van de argumenten geen rol speelt en de manier waarop iets wordt gebracht des te meer (door het gebruik van heuristieken).



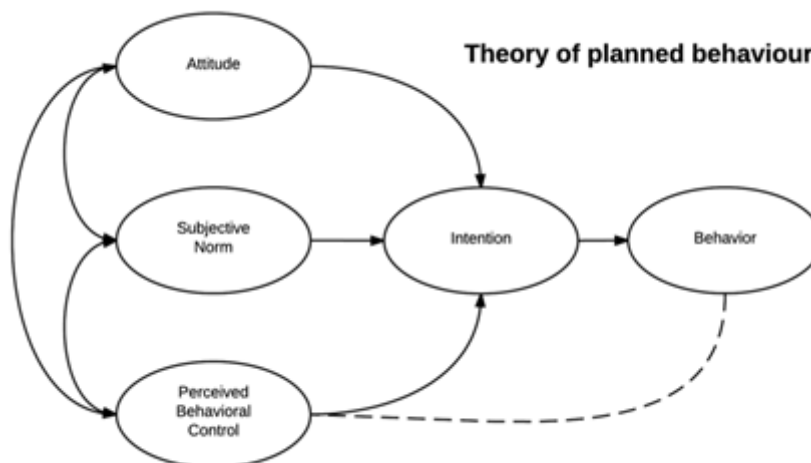
Figuur 4.2 Bewerking van het ELM van Petty en Cacioppo (1986) waarbij de linkerkant de centrale route is en de rechterkant de perifere route.

4.1.3 Theory of Planned Behaviour

De Theory of Planned Behaviour (TPB; Ajzen, 1991) stelt een model voor waarin gedrag wordt verklaard. De belangrijkste factor die gedrag verklaard is de *intentie* om dat gedrag te vertonen. Intentie om gedrag te vertonen wordt weer beïnvloed door (1) *attitude*, (2) *subjective norm*, en (3) *perceived behavioural control*. Het model in Figuur 4.3 laat de onderlinge relatie tussen de verschillende factoren van de TPB zien. Een verhoogde intentie om gedrag te vertonen resulteert in een hogere kans dat de persoon dat gedrag ook daadwerkelijk gaat vertonen. De drie eerder

genoemde factoren (attitude, subjective norm en perceived behavioural control) beïnvloeden daadwerkelijk gedrag via de intentie dat gedrag te vertonen.

Een voorbeeld: Stel het daadwerkelijke gedrag is 'elke dag een half uur wandelen'. Hoe positiever iemands attitude over het gedrag ('Het is goed voor me, want ik beweeg en ik loop lekker buiten in de zon.'), hoe groter de intentie wordt om elke dag een half uur te wandelen, en uiteindelijk hoe groter de kans dat de persoon ook daadwerkelijk elke dag een half uur wandelt. Dit geldt ook voor een positieve subjectieve norm: als mensen in je sociale netwerk achter je staan en/of als zij het gedrag zelf ook vertonen, is de intentie en daarmee het daadwerkelijk vertonen van het gedrag groter. De invloed van perceived behavioural control via intentie op het daadwerkelijke gedrag is vergelijkbaar. Wanneer iemand het gevoel heeft dat hij iets kan bereiken ('Ik ben in staat om een half uur te kunnen wandelen.'), verhoogt dat via intentie de kans op het daadwerkelijk vertonen van het gedrag. Zoals in Figuur 4.3 te zien is, is er echter ook een directe relatie tussen perceived behavioural control en het daadwerkelijke gedrag. Dit komt omdat gedrag mede afhangt van externe factoren en daardoor kunnen sommige gedragingen (tijdelijk) praktisch niet mogelijk zijn. In het voorbeeld van elke dag een half uur wandelen kan iemand er nog zo positief over denken en kan zijn sociaal netwerk nog zo ondersteunend zijn, als hij zijn been heeft gebroken, kan hij het gedrag (wandelen) niet uitvoeren.



Figuur 4.3 Model dat de Theory of Planned Behaviour (Ajzen, 1991) weergeeft.

4.2 Communicatiestrategieën

Bovenstaande (sociaal) psychologische theorieën geven handvatten voor geschikte communicatiestrategieën. In onderstaande subparagrafen wordt een aantal communicatiestrategieën benoemd en uitgelegd.

4.2.1 Block leader benadering

Zoals in paragrafen 4.1.1 en 4.1.2 beschreven staat, zijn mensen met een lage SES minder vatbaar voor argumenten en informatie ‘van boven af’. Dit maakt de *block leader benadering* een interessante communicatiestrategie. Een zogenoemde *block leader* is een invloedrijk persoon binnen een bepaalde groep. Leden uit de groep identificeren zich met de block leader (hij of zij is ‘één van hen’), kijken tegen de block leader op, luisteren naar de block leader en nemen eerder informatie van deze persoon aan.

De block leader benadering houdt in dat men niet zelf probeert de leden van de groep te overtuigen, maar dat via de block leader doet. De block leader wordt geïnformeerd en informeert op zijn beurt weer de leden van de groep. Voor het Blue Zone Bus project is het dus een goed idee om met één of enkele invloedrijke buurtbewoners om tafel te gaan en aan hen uit te leggen wat de bedoeling van het project is en hoe en waarom het doel behaald moet worden, zodat deze block leaders op hun beurt hun buurtgenoten kunnen informeren en enthousiasmeren om deel te nemen aan het project.

Block leader benadering in het Blue Zone Bus project

Zoals gezegd zijn mensen vaak eerder geneigd om iets aan te nemen van iemand uit de eigen groep dan van iemand buiten de groep waartoe zij behoren. Binnen onze doelgroep, mensen met een lage SES, kan een block leader iemand van het wijkteam zijn, of iemand die als een soort buurtvader of -moeder wordt gezien of op een andere manier een invloedrijk persoon in de buurt is. De block leader (of block leaders) is in ieder geval een persoon die veel mensen in de buurt persoonlijk kent. Maar hoe kom je er achter wie de block leader(s) binnen een bepaalde groep is/zijn? Men kan met behulp van een simpele vragenlijst alle deuren in de buurt langsgaan om uit te vragen welke persoon of personen veel contacten hebben binnen de buurt. Effectiever is het waarschijnlijk om naar het buurthuis te gaan en daar aan de medewerkers en eventuele aanwezigen te vragen wie zij als de invloedrijkste personen van de buurt zien. Zo maak je gebruik van de bestaande netwerken, zoals ook is aangeraden door Josine van 't Klooster (hoofd Healthy Ageing binnen het UMCG, zie Appendix G voor een samenvatting van het interview).

Als dan eenmaal duidelijk is wie de block leaders binnen een buurt zijn, kan met deze personen in gesprek worden gegaan om aan hen de bedoeling van het Blue Zone Bus project uit te leggen. Hierna wordt gevraagd of de block leader(s) bereid is/zijn om mee te helpen aan een gezondere buurt. Daarna kan overlegd worden hoe de block leaders de buurtbewoners kunnen benaderen om zo veel mogelijk mensen te motiveren mee te doen aan het project. De block leader zal dan de expert op het gebied van de Blue Zone Bus binnen de buurt worden en fungeert als aanspreekpunt, zodat buurtgenoten bij hem of haar terecht kunnen met eventuele vragen. De block

leader heeft contact met de organisatie van de Blue Zone Bus. Ook worden er bijeenkomsten gehouden met alle block leaders binnen een provinciedeel, zodat ze ervaringen kunnen uitwisselen en zelf ook waar nodig verduidelijking kunnen vragen.

4.2.2 *Implementation intentions en commitments*

Implementation intentions

Hoewel intentie de best voorspellende factor van daadwerkelijk gedrag is (zie paragraaf 4.1.3), is het niet zo dat iemand die de intentie heeft bepaald gedrag te vertonen ook in 100% van de gevallen daadwerkelijk dat gedrag gaat vertonen. Deze kloof tussen de intentie en het daadwerkelijke gedrag wordt de *intention-behaviour gap* genoemd ('intentie-gedrag kloof'). Deze kan verkleind worden door gebruik te maken van zogenoemde *implementation intentions*. Implementation intentions zijn 'als-dan uitspraken' die aangeven onder welke omstandigheden bepaald gedrag uitgevoerd moet worden. Implementation intentions maken van een algemeen doel ('Ik wil gezonder eten.') specifieke acties ('Als ik in de supermarkt sta, dan koop ik fruit in plaats van chocolade.'). Door een concreet plan op te stellen voor een specifieke situatie en het mentaal voor te stellen is het makkelijker om op het moment van de keuze (in het voorbeeld: als je in de supermarkt bent) de keuze te maken die je vooraf had bedacht (hier: fruit kopen) dan wanneer je je doel (hier: gezonder eten) algemeen houdt.

Commitments

Naast implementation intentions kan men gebruik maken van een andere soort toezeggingen: (public) commitments. Het ondertekenen van een commitment formulier waarin staat dat de persoon in kwestie bepaald (specifiek) gedrag zal vertonen (bijv. twee keer per week sporten) zorgt ervoor dat hij/zij eerder geneigd is dat gedrag ook daadwerkelijk te gaan vertonen (Steg, Perlaviciute & van der Werff, 2015). Commitments zijn effectiever wanneer ze openbaar zijn; wanneer iemand aan relevante anderen laat weten dat hij of zij zich wil houden aan een bepaald commitment, zal hij of zij meer geneigd zijn zich aan het voorgenomen commitment te houden dan wanneer diezelfde persoon zijn of haar doel privé houdt (Bartholomew, Parcel, Gottlieb & Fernández, 2011).

Implementation intentions en commitments in het Blue Zone Bus project

Zoals gezegd zijn er een aantal strategieën te gebruiken om ervoor te zorgen dat mensen zich aan hun afspraak, hun *commitment*, houden. De eerste is om de persoon een formulier waarop het commitment staat te laten ondertekenen (Steg, Perlaviciute & van der Werff, 2015). Verder helpt het voor het navolgen van het commitment om dit openbaar te maken (Bartholomew, Parcel, Gottlieb &

Fernández, 2011). In het geval van de Blue Zone Bus is het commitment een persoonlijk doel om bijvoorbeeld een verandering in dieet te bewerkstelligen.

Zoals ook in paragrafen 4.1.3 en onder *Implementation intentions* hierboven werd besproken, hoeft het voornemen om zich te houden aan een doel, nog niet te betekenen dat men dit doel ook gaat bereiken (door de *intention-behaviour gap*). Wanneer het voornemen, oftewel de intentie, als *implementation intention* (een specifieke ‘als-dan uitspraak’) wordt omschreven, is men eerder geneigd de intentie om bepaald gedrag te vertonen na te komen. Hoe concreter de situatie en het gewenste gedrag in die situatie wordt besproken, hoe groter de kans op navolging.

Het bovenstaande is ook toe te passen in het Blue Zone Bus project: een bezoeker van de Bus laat een body check doen, gevolgd door een consult om vervolgens een soort contract te ondertekenen dat de bezoeker en medewerker van de Bus samen opstellen. In dit contract staan concrete en specifieke ‘als-dan’ uitspraken (bijv. ‘Als ik in de supermarkt sta, dan koop ik kiwi’s en druiven in plaats van chips). Behalve het ondertekenen van het *commitment* en het gebruik van *implementation intentions*, kan er ook gebruik worden gemaakt van het openbaar maken van het commitment. Dit kan bijvoorbeeld door het gebruik van een app, waarin buurtgenoten kunnen zien welke andere buurtgenoten ook gezonder willen leven. Het gebruik van een app om het commitment publiek te maken wordt verder toegelicht in hoofdstuk 6 (paragraaf 6.2.4.).

4.3 Interviews

In het kader van de Blue Zone Bus zijn een aantal interviews afgenomen met experts en ervaringsdeskundigen op het gebied van het toepassen van communicatiestrategieën op moeilijk bereikbare groepen. In de sub-paragrafen die volgen wordt een korte samenvatting van de belangrijkste informatie en tips per interview weergegeven.

4.3.1 dr. Annemieke Visser – Toegepast GezondheidsOnderzoek

Dr. Annemieke Visser is werkzaam op de Faculteit Medische Wetenschappen en in het UMCG als Senior onderzoeker Toegepast GezondheidsOnderzoek. Verder hoopt Annemieke samen met Siena Binnema een initiatief te starten waar ‘je goed voelen’ centraal staat (het Voel Je Goed Centrum Leeuwarden). Annemieke raadde aan om zo veel mogelijk een *bottom-up benadering* toe te passen. Een bottom-up benadering houdt in dat er aan de doelgroep zelf wordt gevraagd wat de doelgroep nodig heeft of verwacht nodig te hebben. Ook gaf ze aan dat een vraag als ‘Wat heeft u nodig om u *goed* te voelen?’ minder bedreigend overkomt dan ‘Wat heeft u nodig om u *gezond* te voelen?’. Vervolgens is het goed om door te vragen met ‘Wat heeft u daarvoor nodig?’ en ‘Wat zou u

zelf kunnen bijdragen?’ In Appendix A kan men een uitgebreide samenvatting van het interview met Annemieke vinden.

4.3.2 dr. Klaske Wynia - SamenOud

Dr. Klaske Wynia is projectleider van SamenOud, een initiatief van Menzis, Zorggroep Meander en het UMCG dat een nieuw zorgmodel voor ouderenzorg introduceert in een aantal Groningse gemeenten. SamenOud maakt, net als het Voel Je Goed Centrum Leeuwarden, gebruik van een bottom-up benadering: onderzocht wordt wat de wensen van de ouderen zelf zijn. Dit is dan ook de benadering die Klaske aanraadt te gebruiken in het Blue Zone Bus project. Verder benadrukt Klaske dat het belangrijk is om de doelgroep goed te informeren. Ook geeft ze aan dat het goed is om bijvoorbeeld kook- en wandelclubjes op te richten, zodat de buurtbewoners elkaar zo kunnen steunen in de gedragsverandering. Behalve dat wordt ons ook geadviseerd te overwegen de Bus als vervoermiddel te gebruiken, bijvoorbeeld om een dagje naar een strand of bos te gaan om daar te wandelen. Zo komt de Bus waarschijnlijk minder bedreigend over. De laatste tip die Klaske ons meegeeft is het aansluiten bij bestaande initiatieven, vanuit praktisch, maar ook vanuit financieel oogpunt (zie ook Appendix B).

4.3.3 dr. Jasper Eijnsink - Gedragsverandering bij kwetsbare zwangeren

Dr. Jasper Eijnsink (gynaecoloog, UMCG) heeft ervaring met het motiveren en activeren van kwetsbare zwangeren om te stoppen met roken. Aangezien deze doelgroep net als onze doelgroep vaak ongemotiveerd is om het eigen gedrag te veranderen, gingen wij met Jasper in gesprek om te bespreken hoe men deze mensen kan motiveren om mee te doen aan het project. Jasper benadrukt dat het belangrijk is om een vast leefritme met gewoontes aan te nemen, hierdoor is de gedragsverandering makkelijker vol te houden. Ook is het slim om niet alleen informatie te bieden in of rondom de Bus, maar de mensen te verleiden met informatie of spullen die aansluiten bij de doelgroep en passen bij het idee van de Blue Zone Bus. Ten slotte geeft Jasper aan dat een divers en gespecialiseerd team van ‘Bus-medewerkers’ nodig is om de Bus tot een succes te maken (zie Appendix C voor een uitgebreidere uitwerking van het interview).

4.3.4 Doelgroep - Mensen met een lage SES

Zowel Annemieke Visser, Klaske Wynia als Jasper Eijnsink benadrukten dat het van belang is om een bottom-up benadering toe te passen. Mede hierom hebben wij een aantal interviews gehouden met mensen uit onze doelgroep om aan hen te vragen wat zij nodig hebben om zich goed te voelen en hoe zij tegenover het idee van een Blue Zone Bus staan. De mensen die we hebben geïnterviewd zijn bezoekers van het Talmahuis, een buurthuis in de Rivierenbuurt in de stad

Groningen. De reacties op deze vragen waren wisselend, zowel wat betreft de vraag wat de doelgroep nodig heeft om zich goed/gelukkig te voelen als wat het idee van de Bus betreft. De resultaten van de interviews zijn uitgebreider uitgewerkt in Appendix D.

4.4 Conclusie

Wanneer men anderen wil overtuigen moet er rekening gehouden worden met verschillende psychologische processen die invloed hebben op de effectiviteit van communicatiestrategieën. In dit hoofdstuk zijn een aantal van die processen die voor het Blue Zone Bus project belangrijk zijn behandeld. Zo kan het toepassen van de block leader benadering een goede strategie zijn, omdat mensen eerder geneigd zijn naar belangrijke mensen binnen hun groep te luisteren dan naar buitenstaanders. We hebben redenen om aan te nemen dat dit effect voor mensen met een lage SES nog groter kan zijn. Zo blijkt uit onderzoek dat mensen met een lage SES minder snel dingen voor waar aannemen als ze door mensen met een hoge SES worden gezegd. Verder zijn concrete, specifieke en publieke toezeggingen in de vorm van implementation intentions en commitments nodig om de kloof van *intentie* naar *daadwerkelijk gedrag* te verkleinen. Ook moet er rekening worden gehouden met de manier waarop de doelgroep het meest effectief benaderd kan worden. Dit kan onder andere door gebruik te maken van een bottom-up benadering in het contact en het gebruik maken van een block leader. Behalve de aanpakken die in dit hoofdstuk aan bod zijn gekomen (block leader benadering, implementation intentions en commitments) zijn er nog meer (aanvullende) aanpakken gewenst. Deze zullen worden besproken in hoofdstuk 5.

Referenties

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2011). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Festinger L (1954). "A theory of social comparison processes". *Human relations*. 7 (2): 117–140. doi:10.1177/001872675400700202.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. In *Communication and persuasion* (pp. 1-24). Springer New York.
- Steg, L., Perlaviciute, G., & van der Werff, E. (2015). *Understanding the human dimensions of a sustainable energy transition*. *Frontiers in Psychology*, 6, [805]. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00805

Hoofdstuk 5

Transitie naar de Blue Zone Bus

Inhoudsopgave

5.1 Vertaling naar de Blue Zone Bus en gewenste aanpak	37
5.2 Bottom-up aanpak	37

Hoofdstuk 5: Transitie naar de Blue Zone Bus

In dit hoofdstuk beantwoorden we de vraag of een bus een geschikt middel is om mensen met een lage SES te bereiken en hen inzicht in hun leefstijl te verschaffen. Ook gaan we in op de gewenste aanpak van het Blue Zone Bus project.

5.1 Vertaling naar de Blue Zone Bus en gewenste aanpak

Op grond van de bestudeerde onderzoeken, literatuur en de interviews die we hebben afgenomen, zijn wij van mening dat een bus een geschikt middel kan zijn om mensen met een lage SES te bereiken. Het idee is dat de Blue Zone Bus letterlijk naar de mensen toekomt, waardoor de toegang tot gezondheidsverbetering zo laagdrempelig mogelijk wordt gemaakt. Juist bij deze groep is dat van belang, aangezien de door de overheid bedachte gezondheidscampagnes niet aansluiten bij onze doelgroep (zie ook paragraaf 3.1.4). De Blue Zone Bus kan hier wellicht verandering in brengen en kan een geschikt middel zijn om mensen met een lage SES te bereiken. Op grond van de interviews die we hebben afgenomen (zie Appendix A tot en met E, G en H), zijn we tot de conclusie gekomen dat een bottom-up aanpak de meest geschikte manier is om de doelgroep te benaderen en bereiken. Deze aanpak is in de volgende paragraaf nader uitgewerkt.

5.2 Bottom-up aanpak

Zoals in hoofdstuk 3 al aan de orde kwam, wantrouwen mensen met een lage SES officiële (gezondheids)instanties en de overheid en is hun beeldvorming over deze instanties en de overheid dan ook negatief. Dit komt (mede) doordat vrolijke gezondheidscampagnes waarin mooie mensen een hoofdrol spelen niet aansluiten bij deze doelgroep. Zij kunnen zich niet identificeren met de mensen weergegeven in deze campagnes (zie ook paragraaf 3.1.4). Een andere aanpak is daarom gewenst en een bottom-up aanpak kan daarvoor een geschikte oplossing zijn. Bij een bottom-up aanpak vormt de praktijk het startpunt. Ideeën en input van de te bereiken doelgroep vormen de input voor het uiteindelijke beleid en de doelgroep beslist hier mede over. Dit in tegenstelling tot een top-down benadering, waarbij beslissingen van bovenaf worden opgelegd aan de doelgroep.

Voordelen van een bottom-up aanpak voor de Blue Zone Bus zijn dat bij de implementatie en inrichting van de Bus gebruik wordt gemaakt van de aanwezige wensen, gevoelens en ideeën van de doelgroep. Uit de gesprekken die wij met mensen uit de doelgroep hebben gevoerd (zie Appendix D), blijkt dat de behoefte aan en ideeën over de Bus nogal uiteenlopend zijn. Sommigen vonden gezondheid heel belangrijk (“gezondheid staat voor mij op nummer één”), terwijl anderen gezondheid wel belangrijk vinden, maar niet genoeg om de Bus in te stappen. Daarom moet eerst uitgezocht worden of de doelgroep de Bus überhaupt wel een goed idee vindt, waar zij behoefte aan

heeft en wat zij belangrijk vindt. Als blijkt dat er behoefte is aan de Bus, kan vervolgens op grond van de informatie uit de doelgroep een plan worden gemaakt omtrent de inrichting, werkwijze en beleid rondom de Bus die aansluit op de wensen en gevoelens van deze groep. Wanneer de mensen uit de doelgroep zelf meegedacht hebben over het idee van de Bus, de inrichting ervan en hun wensen daarover hebben overgebracht, zullen zij zich eerder betrokken voelen bij het project. Zij zullen hierdoor minder wantrouwend tegenover het initiatief staan en daardoor sneller de Bus in stappen. De kans van slagen van het project wordt hierdoor vergroot. Deze en andere aanbevelingen worden verder besproken in het volgende hoofdstuk.

Hoofdstuk 6

Conclusie en aanbevelingen

Inhoudsopgave

6.1 Conclusie Honours Leadership Lab	40
6.2 Aanbevelingen voor het Blue Zone Bus project.....	40
6.2.1 Krijg duidelijk wat de doelgroep wil	40
6.2.2 Krijg duidelijk wie de block leaders zijn.....	41
6.2.3 Creëer ‘buzz’ rondom de Bus	41
6.2.4 Maak gebruik van een app	42
6.2.5 Sluit aan bij bestaande initiatieven	43

Hoofdstuk 6: Conclusie en aanbevelingen

6.1 Conclusie Honours Leadership Lab

Uit hoofdstuk 3 blijkt dat mensen met een lage SES vaak een ongezondere leefstijl hebben, meer jaren chronisch ziek zijn en een kortere levensverwachting hebben dan mensen met een hoge SES. Deze mensen zijn daarom gebaat bij gezondheidsinterventies die erop gericht zijn hun leefstijl te verbeteren. Mensen met een lage SES kunnen zich echter niet identificeren met (officiële) gezondheidscampagnes. Daarom is een andere aanpak gewenst om deze doelgroep te bereiken. Wij verwachten dat een Bus in combinatie met een bottom-up benadering een goede manier is om mensen met een lage SES wél te bereiken, aangezien de doelgroep op deze manier zelf over de inrichting van de Bus kan meedenken. Ook is het goed om gebruik te maken van een block leader die aan de buurtbewoners uitlegt wat het project inhoudt en waarom ze eraan mee zouden moeten doen. Verder is het goed om gebruik te maken van publieke commitments, waarin implementation intentions verwerkt zijn, zodat de kans op gedragsverandering groter is.

6.2 Aanbevelingen voor het Blue Zone Bus project

Als aanvulling op de bottom-up benadering, de block leader benadering en de commitments met implementation intentions hebben wij een vijftal aanbevelingen voor vervolgstappen wat betreft het Blue Zone Bus project. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de gelezen literatuur, interviews en brainstormsessies met Jenny Oudman en Geke Dijkstra en zijn in de paragrafen hieronder uitgewerkt.

6.2.1. *Krijg duidelijk wat de doelgroep wil*

Zoals in hoofdstuk 4 al werd aangekaart, raden wij een bottom-up aanpak aan voor de Blue Zone Bus, zodat de doelgroep mee kan denken over het idee van de Bus. Concreet houdt dit in dat eerst duidelijk moet worden of de doelgroep behoefte heeft aan een Blue Zone Bus. Als blijkt dat deze behoefte bestaat, dient duidelijk te worden waar de doelgroep behoefte aan heeft, wat zij belangrijk vinden en wat zij nodig hebben om zich goed/gelukkig te voelen. Wij raden daarom aan om eerst de behoeften, wensen en gevoelens van de doelgroep in kaart te brengen door met hen in gesprek te treden en enquêtes af te nemen. Op deze manier kan een beeld worden gevormd van wat de doelgroep belangrijk vindt en waar zij behoefte aan heeft. Op grond van deze informatie kan aangesloten worden bij de wensen en gevoelens van de doelgroep. Om deze informatie te verzamelen, zou volgend jaar een nieuw Honours Master project in het kader van de Blue Zone Bus aangeboden kunnen worden. Dit project dient gericht te zijn op het in gesprek gaan met de

doelgroep en dient de informatie uit deze gesprekken vervolgens te vertalen naar een concreet (beleids)plan voor de Blue Zone Bus.

6.2.2. Krijg duidelijk wie de block leaders zijn

Zoals aangegeven in hoofdstuk 4 (paragraaf 4.2.1) is het voor de doelgroep van de Blue Zone Bus een goed idee om gebruik te maken van de block leaders binnen de wijken en buurten waar de Bus zal komen te staan. Deze block leaders kunnen buurtbewoners zijn, maar bijvoorbeeld een maatschappelijk werker zou de rol van block leader ook op zich kunnen nemen. De belangrijkste eis waar de persoon aan moet voldoen om een block leader te zijn, is dat hij of zij veel bewoners kent en dat deze naar hem of haar luisteren. We raden de medewerkers van de Bus aan om eerst intensief contact te hebben met de block leaders en dat vervolgens af te bouwen naar één keer per kwartaal. Om erachter te komen wie de block leader(s) van een bepaalde buurt of wijk is/zijn, is het nodig om de desbetreffende buurt of wijk in te gaan. Door deur aan deur, in het buurthuis en op andere ontmoetingsplekken in de buurt of wijk aan de mensen zelf te vragen wie zij als invloedrijk persoon binnen hun buurt zien, kan een lijst van potentiële block leaders worden gemaakt. Deze potentiële block leaders zouden dan kunnen worden uitgenodigd voor een informatiebijeenkomst waarin het doel van de Blue Zone Bus wordt uitgelegd. Het is goed om hierbij veel vrijheid te geven aan de potentiële block leaders voor de precieze invulling van de Blue Zone Bus in hun buurt. Dit zorgt voor een vergrote betrokkenheid en daarmee ook een vergrote kans dat een potentiële block leader een echte block leader voor de Blue Zone Bus zal worden.

Ook dit zou in het kader van een volgend Honours Master Programme project kunnen worden onderzocht. De studenten kunnen dan naar de mensen waar het allemaal om te doen is gaan om te onderzoeken wie in die buurt de (potentiële) block leaders zijn. Dit kan goed gecombineerd worden met de vorige aanbeveling, waarbij de studenten naar de wensen van de buurtbewoners vragen, met als thema 'De Blue Zone Bus de straat op!'

6.2.3. Creëer 'buzz' rondom de Bus

Ook raden wij aan om een positieve 'buzz' rondom de Bus te creëren. Dit kan op verschillende manieren, onder andere door de komst van de Bus te vieren met een feestelijke kick-off in de vorm van een buurtfeest. De Blue Zone Bus wordt op deze manier met een positief en feestelijk evenement geassocieerd. Door op dit feest ook kraampjes met informatie en gezonde voeding aan te bieden, worden de mensen én bekend met de Bus en gezond voedsel en leren de buurtbewoners elkaar beter kennen. Door de aanwezigheid van informatiekraampjes op het buurtfeest, kunnen de mensen zich laten informeren over bijvoorbeeld gezonde voeding, leefstijl en

beweging. De doelgroep krijgt op deze manier meer kennis en inzicht in de eigen gezondheid en kan zo de regie wat die aspecten betreft in eigen hand nemen.

Daarnaast is het belangrijk dat er goede PR en promotie rondom de bus komt. Informatie over de Bus moet onder andere in buurthuizen verspreid worden (bijvoorbeeld met behulp van flyers) en eventueel dient er een website speciaal voor de Bus te worden gemaakt. De komst van de Bus en de plaatsen die deze zal bezoeken moet gepromoot worden op social media en in buurthuizen en block leaders kunnen door middel van hun grote netwerk de doelgroep van de komst van de Bus op de hoogte brengen en de doelgroep proberen zover te krijgen dat ze de bus ook daadwerkelijk instappen.

6.2.4. Maak gebruik van een app

Om inzicht in de vooruitgang van de gezondheid te krijgen en aan de gezondheidsdoelen te blijven werken, raden wij aan een app te ontwikkelen die speciaal voor de Bus is gemaakt of om gebruik te maken van een al bestaande app waarbij het Blue Zone Bus project kan aansluiten. Deze app moet beschikbaar zijn voor de mensen die een bodycheck in de bus hebben gedaan. Met behulp van deze app kan vervolgens inzicht in de voortgang van de gezondheid worden verkregen. Metingen die in de Bus zijn verricht kunnen in de app met elkaar vergeleken worden, waardoor veranderingen in gezondheid in kaart kunnen worden gebracht en mensen gemotiveerd blijven om aan hun gezondheid te blijven werken. De app kan daarbij ondersteuning bieden in de vorm van online coaching. Daarnaast is deze app ook beschikbaar voor de mensen die niet de Bus in zijn geweest en dus geen meting hebben laten uitvoeren (bijvoorbeeld omdat ze niet durfden of omdat ze niet aanwezig konden zijn). Door deze app ook aan deze groep beschikbaar te stellen, kunnen deze mensen ook werken aan hun gezondheidsdoelen en deel uitmaken van de communities die in de app gevormd kunnen worden. Daarnaast kunnen deze mensen zien wat een body check in de Bus oplevert als ze wel een check laten doen, aangezien ze dan concreter hun (gezondheids)voortgang kunnen bijhouden, waardoor ze de volgende keer dat de Bus langskomt misschien wél instappen.

Daarbij heeft een app ook praktische voordelen, aangezien het niet realistisch is dat de Bus wekelijks terugkeert naar dezelfde plek om daar nieuwe gezondheidsmetingen uit te voeren en advies op het gebied van voeding en beweging te geven. Om toch inzicht in de gezondheid te blijven houden, kunnen de (gezondheids)doelen in de app ingevoerd worden en kunnen mensen bijvoorbeeld bijhouden hoeveel ze hebben bewogen en wat ze die dag hebben gegeten. Ook kunnen de deelnemers via de app tips, advies en motiverende berichten ontvangen om elkaar te helpen vol te houden.

Naast gezondheidsdoeleinden, kan een app ook sociale doeleinden dienen. Met een app kan een (buurt)community worden gecreëerd waarin mensen met elkaar in contact komen. In deze

community kunnen mensen bijvoorbeeld tips uitwisselen over (gezondheids)problemen waar zij tegenaan lopen of wandel- of kookclubjes oprichten. De mensen in onze doelgroep kunnen op deze manier samen aan hun gezondheid werken. Ook kan er een element in de app worden gebouwd waarop buurtbewoners kunnen zien welke andere buurtbewoners meedoen aan het project. Hierdoor wordt het commitment dat ze ondertekend hebben openbaar en wordt de kans groter dat men zich ook echt aan het commitment houdt.

6.2.5. Sluit aan bij bestaande initiatieven

Tot slot raden wij aan om aansluiting te zoeken bij bestaande initiatieven. Preventie is moeilijk concreet en meetbaar te maken. Bij preventie komen de kosten voor de baat uit, wat het moeilijk maakt om hier financiering voor te krijgen. Vanuit financieel oogpunt is het daarom handig om aan te sluiten bij al bestaande gezondheidsinitiatieven. Ook vanuit het oogpunt van vertrouwen, naamsbekendheid en zichtbaarheid kan aansluiting bij bestaande initiatieven slim zijn. Onze doelgroep is al bekend met bepaalde projecten (bijvoorbeeld die door buurtcentra worden georganiseerd) en zijn hier vertrouwd mee. Door de Blue Zone Bus hierbij in te bedden, wordt de stap om de Bus in te gaan minder groot. Bijkomende voordelen zijn dat kennis en expertise uitgewisseld kunnen worden en dat van elkaar geleerd kan worden.

DEEL 2

Hoofdstuk 1

Inleiding

Inhoudsopgave

1.1 Onderzoeksvraag	46
1.2 Leeswijzer.....	46
Referenties.....	47

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Onderzoeksvraag

In het kader van het Honours Leadership Lab (Deel 1) hebben we in opdracht van Jenny Oudman onderzocht welke mensen het meest baat hebben bij gezondheidsverbetering, welke communicatiestrategieën voor deze doelgroep geschikt zijn en hoe dit vertaald kan worden naar een Blue Zone Bus. Deze vragen hebben wij beantwoord met behulp van literatuurstudie en interviews. Hieruit bleek dat vooral mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) baat hebben bij gezondheidsverbetering. Hun gezondheid is gemiddeld genomen slechter dan de gezondheid van mensen met een hogere sociaaleconomische status. Zo ligt de gemiddelde levensverwachting van mensen met een lage SES gemiddeld zeven jaar lager dan de gemiddelde levensverwachting van mensen met een hoge SES (Bruggink, 2009). Inwoners uit de provincie Groningen hebben een lagere sociaaleconomische status dan landelijk (zie Deel 1, paragraaf 3.2). Deze groep heeft een minder gezonde leefwijze en een hogere medische consumptie (GGD, 2012). Met name in de provincie Groningen is het daarom van belang om de gezondheid te verbeteren.

De zogenoemde Blue Zone Bus kan een geschikt middel zijn om mensen met een lage SES te bereiken. Doordat de Bus naar de mensen toekomt, wordt de toegang tot gezondheidsverbetering zo laagdrempelig mogelijk gemaakt. Dit is belangrijk voor de beoogde doelgroep, omdat eerdere gezondheidscampagnes vaak niet aansluiten bij deze doelgroep (zie Deel 1, hoofdstuk 3). Uit de besproken literatuur in het voorgaande deel blijkt dat wanneer de doelgroep helpt bij het invullen van de betreffende interventie, deze effectiever zal zijn dan wanneer de doelgroep geen inbreng heeft gehad. Vertaald naar het Blue Zone Bus project betekent dit dat de Bus waarschijnlijk effectiever zal zijn als de mensen met een lage SES een inbreng hebben in hoe de Bus eruit komt te zien en wat er allemaal mogelijk is in en rond de Bus.

Verder kwam het meerdere malen naar voren dat het zowel op het gebied van het delen van kennis en contacten als op praktisch en financieel gebied belangrijk is om samen te werken met bestaande initiatieven en organisaties. In dit tweede deel van het rapport wordt daarom onderzocht welke bedrijven, instellingen en personen potentiële samenwerkingspartners voor het Blue Zone Bus project zijn. In de volgende hoofdstukken staat de vraag ‘Wie zijn potentiële samenwerkingspartners voor het Blue Zone Bus project?’ centraal.

1.2 Leeswijzer

In dit tweede deel van het rapport worden de onderzoeksmethoden besproken (hoofdstuk 2) en de stakeholdertheorie van Mitchell, Agle en Wood (1997) uitgelegd (hoofdstuk 3). Daarna wordt er op basis van de stakeholdertheorie uiteengezet welke potentiële samenwerkingspartners

wel en niet benaderd worden (respectievelijk hoofdstuk 4 en 5). Er wordt afgesloten met een conclusie (hoofdstuk 6).

Referenties

Bruggink, J.W. (2009). *Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau*.

Verkregen via: <https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/2F9A2C5C-A3C1-4190-82AD-4962BE4F3F66/0/2009k4b15p71art.pdf>

Gemeentelijke Gezondheidsdienst Groningen (2012). *Gezondheidsprofiel van de provincie Groningen 2012*. Verkregen via: <https://ggd.groningen.nl/onderzoek/gezondheidsprofiel/tabellenboek-2012>

Mitchell, R.K., Agle, B.R. & Wood, D.J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *The Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.

Hoofdstuk 2

Methoden

Inhoudsopgave

Referenties	49
--------------------------	-----------

Hoofdstuk 2: Methoden

Door aan te sluiten bij al bestaande gezondheidsinitiatieven, wordt de kans van slagen van het Blue Zone Bus project vergroot (zie Deel 1, hoofdstuk 6). Deze bestaande initiatieven kunnen het project qua kennis, contacten en/of financiële of praktische mogelijkheden verder helpen. Om te onderzoeken welke potentiële samenwerkingspartners er zijn en welke van deze we wel en welke we niet gaan interviewen, maken we gebruik van de stakeholdertheorie van Mitchell, Agle en Wood (1997). Als duidelijk is welke potentiële samenwerkingspartners de stakeholders zijn waarvan het nuttig is ze (in deze fase van het Blue Zone Bus project) te benaderen, zullen we interviews afnemen waarin we onder andere vragen of de geïnterviewden adviezen hebben voor het Blue Zone Bus project.

Referenties

Mitchell, R.K., Agle, B.R. & Wood, D.J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *The Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.

Hoofdstuk 3

Stakeholdertheorie

Inhoudsopgave

3.1 Stakeholdercategorieën	51
3.1.1 Latente stakeholders	52
3.1.2 Verwachtingsvolle stakeholders.....	52
3.1.3 Beslissende/onherroepelijke stakeholders	53
 Referenties	 53

Hoofdstuk 3: Stakeholdertheorie

De stakeholdertheorie van Mitchell, Agle en Wood (1997) gaat uit van drie eigenschappen die stakeholders kunnen hebben: macht (*power*), legitimiteit en urgentie. Een stakeholder kan geen, één, twee of alle drie van deze eigenschappen bezitten. Afhankelijk van welke eigenschappen aan de stakeholder kunnen worden toegekend, kan de stakeholder ingedeeld worden in één van acht mogelijke categorieën. Voordat deze categorieën worden besproken, wordt eerst kort uitgelegd wat de drie eerdergenoemde eigenschappen inhouden.

Macht. Partij A heeft macht over partij B als A ervoor kan zorgen dat B iets doet wat B zonder A's inbreng niet zou doen. Er zijn drie soorten macht: dwingende macht (*coercive power*), utilitaire macht en normatieve macht (Etzioni, 1964). Macht die gebaseerd is op het (dreigen met het) toepassen van fysiek geweld wordt dwingende macht genoemd. Wanneer materiële beloningen worden gebruikt om controle uit te oefenen, spreekt men van utilitaire macht. Onder 'materiële beloningen' vallen goederen en diensten, maar ook geld waarmee goederen en diensten kunnen worden aangeschaft. Het gebruik van zogenoemde normatieve symbolen (bijv. prestige en waardering) en sociale symbolen (bijv. liefde en acceptatie) wordt normatieve, normatief-sociale of sociale macht genoemd.

Legitimiteit. Legitimiteit is de perceptie of assumptie dat de acties van een entiteit wenselijk, juist of gepast zijn binnen een sociaal geconstrueerd systeem van normen, waarden en overtuigingen (Suchman, 1995).

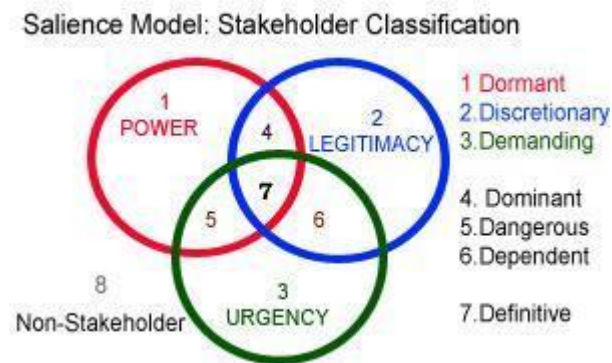
Urgentie. Urgentie is de mate waarin stakeholder claims onmiddellijke aandacht vragen. Er is alleen sprake van urgentie als er (1) sprake is van tijdgevoeligheid: de mate waarin een vertraging bij het bijhouden van de relatie onacceptabel is voor de stakeholder, en (2) sprake is van kritiekheid: de mate waarin de stakeholder de claim of relatie belangrijk acht.

De drie stakeholdereigenschappen, macht, legitimiteit en urgentie, zijn geen vaste toestanden: men kan ze verwerven, maar ook verliezen. Verder zijn ze sociaal geconstrueerd. Dit wil zeggen dat ze subjectief zijn in plaats van objectief. Ten slotte kan het zo zijn dat individuen of entiteiten zich er niet bewust van zijn dat ze in het bezit zijn van een stakeholdereigenschap, of er bewust voor kiezen om deze eigenschap niet te gebruiken.

3.1 Stakeholdercategorieën

Er zijn zeven stakeholdercategorieën. Deze zeven categorieën zijn onder te verdelen in drie groepen: latente stakeholders, verwachtingsvolle stakeholders en beslissende of onherroepelijke stakeholders. Binnen de eerstgenoemde groep vallen de stakeholders die over één van de drie stakeholdereigenschappen (macht, legitimiteit en urgentie) beschikken; stakeholders uit de tweede

groep beschikken over twee van de drie eigenschappen; en de stakeholders in de derde groep beschikken over alle drie de eigenschappen. Verder is er een 'restgroep' waarin alle partijen die geen enkele stakeholdereigenschap bezitten vallen. De partijen in deze groep worden *non-stakeholders* genoemd. In Figuur 7.1 zijn de verschillende stakeholdercategorieën weergegeven en in de volgende subparagrafen worden deze toegelicht.



Figuur 7.1 Weergave van de zeven stakeholdercategorieën en de non-stakeholder groep.

3.1.1 Latente stakeholders

Zoals gezegd bezitten latente stakeholders slechts één van de drie stakeholderseigenschappen (macht, legitimiteit en urgentie). Stakeholders die alleen de eigenschap 'macht' bezitten, worden *slapende (dormant) stakeholders* genoemd (categorie 1 in Figuur 7.1). *Discretionaire stakeholders* (categorie 2 in Figuur 7.1) bezitten alleen de stakeholdereigenschap 'legitimiteit'. Wanneer de enige stakeholdereigenschap urgentie is, wordt een stakeholder een *veeleisende (demanding) stakeholder* (categorie 3 in Figuur 7.1) genoemd. Als er een gebrek aan tijd en energie is om (de wensen van) stakeholders in kaart te brengen, worden de wensen, behoeften en ideeën van de latente stakeholders vaak niet overwogen. Pas wanneer er een stakeholdereigenschap bij komt, wordt het belangrijker om naar de stakeholder te kijken.

3.1.2 Verwachtingsvolle stakeholders

Met de eerdergenoemde drie stakeholderseigenschappen kunnen drie categorieën van verwachtingsvolle stakeholders worden gedefinieerd: *dominante stakeholders*, die zowel macht als legitimiteit als eigenschap hebben (categorie 4 in Figuur 7.1), *gevaarlijke (dangerous) stakeholders*, die zowel urgent als macht als eigenschap hebben (categorie 5 in Figuur 7.1) en *afhankelijke (dependent) stakeholders*, die zowel urgent als legitimiteit als eigenschap hebben, maar afhankelijk zijn van andere partijen die de macht hebben om uit te voeren wat zij willen (categorie 6 in Figuur 7.1). Stakeholders met twee van de drie stakeholdereigenschappen worden 'verwachtingsvol'

genoemd, omdat ze verwachten dat er naar ze wordt geluisterd en hun belang wordt meegenomen in beslissingen.

3.1.3 Beslissende/onherroepelijke stakeholders

Stakeholders die over alle drie de stakeholdereigenschappen (macht, legitimiteit en urgentie) beschikken worden *beslissende of onherroepelijke (definite) stakeholders* genoemd. Stakeholders die tot deze groep behoren zijn de belangrijkste stakeholders.

Referenties

- Etzioni, A. (1964). *Modern organizations*. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Mitchell, R.K., Agle, B.R. & Wood, D.J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *The Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.
- Suchman, M.C. (1995). Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review*, 20, 571-610.

Hoofdstuk 4

Benaderde stakeholders

Inhoudsopgave

4.1 Tom Steffens – FitGaaf!	55
Beknopte weergave interview	55
4.2 Jacco Hiemstra – New Atlantis	56
Beknopte weergave interview	57
4.3 Josine van 't Klooster – Healthy Ageing UMCG	57
Beknopte weergave interview	57
4.4 Hannie Poletiek – GGD Groningen	58
Beknopte weergave interview	59
Referenties	59

Hoofdstuk 4: Benaderde stakeholders

In samenwerking met Geke en Jenny is een lijst opgesteld met potentiële samenwerkingspartners. Het betreft de volgende partijen: Tom Steffens (FitGaaf!), Jacco Hiemstra (New Atlantis), Josine van 't Klooster (Healthy Ageing UMCG), Hannie Poletiek (GGD Groningen), de Groninger Studenten Sportstichting ACLO, Karlien Luten (leefstijlcoach), Cholesterolmeting UMCG, Sanne Visser, de Gemeente Groningen en Irmgard Buissink (Kans voor de Veenkoloniën)

De vier partijen/personen die wel benaderd zijn voor een interview, zijn Tom Steffens (FitGaaf!), Jacco Hiemstra (New Atlantis), Josine van 't Klooster (Healthy Ageing UMCG) en Hannie Poletiek (GGD Groningen). Hieronder wordt per partij benoemd in welke stakeholdercategorie deze valt en waarom. Ook wordt er een beknopte samenvatting van de belangrijkste punten uit het interview gegeven. De uitgebreider uitgewerkte interviews met deze vier stakeholders zijn te vinden in Appendix E tot en met H.

4.1 Tom Steffens – FitGaaf!

Tom Steffens is oprichter van FitGaaf! waarmee hij via kinderen hele gezinnen probeert te motiveren gezonder te leven. FitGaaf! en de Blue Zone Bus hebben beide als doel mensen te begeleiden om gezond(er) te leven. Volgens de stakeholdertheorie van Mitchell en collega's (1997) bezit Tom als stakeholder zowel (utilitaire) macht als legitimiteit en urgentie. De utilitaire macht die Tom heeft zijn zowel de kennis en de ervaring die hij heeft met het motiveren van mensen om gezond(er) gedrag te gaan vertonen als het Healthy Ageing netwerk wat Tom heeft. Tom is ook een legitieme stakeholder, omdat het doel wat hij met FitGaaf! nastreeft wenselijk is. Ten slotte is er sprake van urgentie, omdat het voor deze fase van het Blue Zone Bus project belangrijk is om meer inzicht in en informatie over het motiveren van gezond gedrag te krijgen. Dit alles maakt dat Tom met FitGaaf! als beslissende of onherroepelijke stakeholder kan worden gecategoriseerd.



Beknopte weergave interview

In het interview met Tom kwam ter sprake dat het lastig kan zijn voor preventieve interventies als FitGaaf! en de Blue Zone Bus om financiering te krijgen, omdat preventie niet tastbaar is en omdat het gevoel van urgentie om gedrag nu te veranderen vaak mist. Wel vindt de overheid het belangrijk dat kinderen gezond en fit zijn en probeert zij scholen te motiveren door 'Gezonde School' vignetten uit te reiken aan scholen die veel bezig zijn met gezondheid.

Tom benadrukt dat het gebruik maken van beloningen belangrijk is en dat een positieve aanpak beter werkt dan een negatieve aanpak. Het is hierin wel belangrijk dat de door de beloning

gevormde extrinsieke motivatie op den duur overgaat in de intrinsieke motivatie om gezond te leven. Hoe groter de beloning, hoe sterker iemand extrinsiek gemotiveerd is om bepaald gedrag te vertonen en hoe moeilijker het wordt om om te schakelen naar intrinsieke motivatie op het moment dat de beloning weg wordt genomen. Wanneer de extrinsieke motivatie hoog is en de intrinsieke motivatie laag, is het dus waarschijnlijk dat mensen terug zullen vallen in hun oude gedragspatroon op het moment dat ze de beloning niet meer krijgen. Dit is waarom Tom voor FitGaaf! heeft gekozen om een beloningssysteem met relatief kleine beloningen in de vorm van stickers te gebruiken.

Ook moet het project duidelijk aan kinderen worden uitgelegd ('Als je gezonder leeft, heb je meer energie, meer brandstof. Hierdoor krijg je een fijner gevoel'). Verder is het belangrijk om te beseffen dat mensen met een lage SES vaak naast gezondheidsproblemen ook andere problemen hebben, zoals geld gerelateerde problemen. Tom geeft daarom de voorkeur aan de nieuwe definitie van gezondheid, opgesteld door Machteld Huber: 'gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven' boven de definitie van het WHO ('Gezondheid is de afwezigheid van ziekte'). Met deze nieuwe definitie in het achterhoofd kan men een gesprek met een lid van de doelgroep anders in gaan. Door te vragen waar degene nu het eerste mee geholpen is, en diegene daar mee helpen (bijv. een fiets regelen voor iemands kind die anders niet op school kan komen – dit neemt stress weg bij de ouder), is de kans groter dat er daarna meer tijd en energie in gezonder leven gestoken kan worden.

Tom raadt aan eerst verhalen uit de buurt te halen en vervolgens mensen te prikkelen met nieuwe technologieën. Daarnaast adviseert hij om een soort community op te bouwen. Iemand vanuit de buurt kan bijvoorbeeld aangeven dat hij/zij voor zijn/haar kind een fiets nodig heeft, waarop anderen kunnen reageren als zij een fiets over hebben. Bij dit alles dient steeds rekening te worden gehouden met het positieve gezondheidsweb.

Ten slotte liet Tom ook weten geïnteresseerd te zijn in een eventuele samenwerking tussen FitGaaf! en de Blue Zone Bus. Een uitgebreider uitgewerkte versie van het interview is te vinden in Appendix E.

4.2 Jacco Hiemstra – New Atlantis

Jacco Hiemstra is medeoprichter van New Atlantis en heeft expertise op het gebied van ICT en consultancy. Daarbij is Jacco een analytische denker en op zoek naar mogelijkheden. Dit in combinatie met zijn netwerk en zijn bereidheid om deze te delen, maken dat Jacco als een dominante stakeholder kan worden aangemerkt in de stakeholdertheorie. Jacco bezit namelijk macht en legitimiteit. Jacco's macht is gelieerd aan zijn kennis en connecties op het gebied van ICT. Zijn

Project New Atlantis

legitimiteit is gebaseerd op de relaties die hij als stakeholder onderhoudt en van waaruit hij evenementen organiseert om nieuwe samenwerkingen te starten. Door Jacco's bereidheid te helpen en mee te denken en zijn expertise op het gebied van ICT hebben we besloten Jacco te interviewen.

Beknopte weergave interview

Met Jacco hebben we voornamelijk de ICT aspecten met betrekking tot de Bus besproken, waaronder de mogelijkheid tot een app. Jacco raadt aan om voor het Blue Zone Bus project aansluiting te zoeken bij een al bestaande app. Jacco gaf als tip mee om een extra vorm van commitment in te bouwen door de app voor een symbolisch bedrag voor bijvoorbeeld 1 euro te verkopen, omdat de mensen op deze manier meer gemotiveerd worden om hun levensstijl of leefstijl te verbeteren (ze hebben er immers voor betaald). Ten slotte gaf Jacco als tip mee om de app breder te trekken door ook buurtwerkers in de app te betrekken. Buurtbewoners komen door de app in contact met elkaar, maar staan zo ook in nauwer contact met buurtwerkers en hulpverleners. Op deze manier kunnen buurtbewoners op een laagdrempelige en snelle manier communiceren met hulpverleners en buurtwerkers. De uitwerking van het volledige interview is te vinden in Appendix F.

4.3 Josine van 't Klooster – Healthy Ageing UMCG

Josine van 't Klooster is hoofd van de afdeling Healthy Ageing van het UMCG en richt zich onder andere op internationale samenwerking op het gebied van Healthy Ageing. Net als Tom en Jacco is ook Josine een stakeholder met utilitaire macht. Josine heeft namelijk veel ervaring met het opzoeken van de doelgroep. Verder is ook wat Josine met het Healthy Ageing Team doet wenselijk, omdat het bijdraagt aan een gezondere Groningse bevolking en is zij als stakeholder legitiem. Dat Josine zowel de stakeholdereigenschap macht als de stakeholdereigenschap legitimiteit bezit, maakt dat zij een zogenoemde dominante stakeholder is. Hierom hebben wij besloten haar te benaderen voor een interview.



Beknopte weergave interview

Tijdens het interview raadde Josine aan om schoolkinderen per groepje naar de Bus te laten gaan om zo wat te leren over gezondheid. De Bus zou meerdere keren bij dezelfde school langs kunnen gaan, steeds met een ander thema (bijv. beweging, voeding, mentale gezondheid en gezond ouder worden). Hier kunnen de leraren dan ook op inhaken tijdens de lessen. Josine waarschuwt dat gezonde voeding een lastig onderwerp kan zijn in de groep mensen met een lage SES. Een zak chips is immers goedkoper dan een 'normaal avondmaal'. Dit zou kunnen worden opgevangen door een

samenwerking aan te gaan met projecten van de gemeente of andere interventies van waaruit bijvoorbeeld fruitpakketten worden verspreid. Behalve op scholen, kan de Bus ook op bijvoorbeeld markten staan. Als er iets gratis te doen is en de kinderen zijn enthousiast, worden de ouders van die kinderen ook bereikt.

Verder adviseert Josine veel gebruik te maken van de bestaande infrastructuur van bijvoorbeeld de WIJ-teams, wijkburgemeester en invloedrijke personen binnen de groep (block leaders). De wijkteams kunnen helpen met het promoten van de Blue Zone Bus en de buurtbewoners op de hoogte brengen over wanneer de Bus bij hen komt en over wat er in en rondom de Bus te doen is. Ook benadrukt Josine dat het, zeker voor de doelgroep 'mensen met een lage SES', erg belangrijk is om beloften na te komen. Dit omdat er vaker beloften of onderzoeken gedaan worden in deze buurten waar de buurtbewoners vervolgens niets meer over horen, wat leidt tot frustratie. Daarom is het goed om het buurthuis het Talmahuis (waar we met bezoekers hebben gesproken, zie Appendix D voor de uitwerking van deze gesprekken) als één van de eerste plekken te kiezen om met de Bus langs te gaan. Verder noemt Josine een aantal bestaande rondtrekkende bussen waar eventueel inspiratie op praktisch of financieel gebied uit zou kunnen worden gehaald. Zo worden scholieren in de RUG Discovery Truck van Theo Jurriens in aanraking gebracht met wetenschap,

Ook het team van Josine gaat de buurten in. Ze geeft aan dat haar collega's en PhD studenten eventueel in de Bus zouden willen rijden. Daarnaast oppert Josine dat bedrijven als Friesland Campina de Blue Zone Bus wellicht financieel zouden willen ondersteunen. De uitwerking van het volledige interview is te vinden in Appendix G.

4.4 Hannie Poletiek – GGD Groningen

Hannie Poletiek is functionaris gezondheidsbevordering bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst Groningen (hierna: GGD). Ze bekleedt deze functie 30 jaar. Vanuit haar werk voor de GGD geeft ze voorlichting over gezondheid en probeert ze gedragsverandering hierin te bewerkstelligen.



In de stakeholdertheorie bezit de GGD Groningen alle drie de stakeholdereigenschappen. De GGD is hierdoor aan te merken als een gezaghebbende stakeholder. De GGD bezit macht, doordat zij samen met de 23 Groninger gemeenten en de provincie Groningen samen aan de gezondheid werkt en diverse interventies organiseert. Ze heeft geldt voor deze interventies en neemt het initiatief om deze uit te voeren. Daarbij bezit ze ook legitimiteit, aangezien de acties die zij onderneemt wenselijk zijn ter bevordering van de gezondheid in de provincie Groningen. Ten slotte heeft de GGD ook urgentie, aangezien zij een grote organisatie is met veel contacten. Hierdoor is zij op de hoogte van

bestaande interventies en kan zij interventies en organisaties verbinden. De GGD kunnen wij als stakeholder dan ook niet negeren. Op woensdag 24 mei hebben wij Hannie Poletiek geïnterviewd.

Beknopte weergave interview

Hannie raadt aan om de gezondheidsproblematiek bij de doelgroep eerst grondig te analyseren. Door vragen als ‘Wat wil je veranderen?’, ‘Wat is het thema van het probleem?’ en ‘Waar wil je (eerst) aan werken?’ te stellen, kan een concrete probleemdefinitie worden opgesteld. Hannie benadrukt dat het van belang is dat de beoogde doelgroep (in dit geval mensen met een lage SES) zelf de huidige situatie als probleem beschouwt, omdat de interventie anders hoogstwaarschijnlijk niet effectief zijn. Daarnaast moet de interventie aansluiten bij wat de doelgroep belangrijk vindt. Ook is het belangrijk niet alleen de aandacht te richten op lichamelijke factoren, aangezien lichamelijke klachten ook uit bijvoorbeeld stress kunnen voortkomen. Een focus op alleen lichamelijke factoren is hierdoor te beperkt. Verder is het gewenst om niet alleen aandacht te besteden aan de dingen die niet goed gaan, maar ook juist de dingen die wél goed gaan te benadrukken. Een uitgebreidere uitwerking van het interview met Hannie is te vinden in Appendix H.

Referenties

Mitchell, R.K., Agle, B.R. & Wood, D.J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *The Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.

Hoofdstuk 5

Niet benaderde stakeholders

Inhoudsopgave

5.1 Groninger Studenten Sportstichting ACLO	61
Health Week	61
Toepassing stakeholdertheorie	61
 5.2 dr. Karlien Luten	 62
Toepassing stakeholdertheorie	62
 5.3 Cholesterolmeting UMCG.....	 62
Toepassing stakeholdertheorie	62
 5.4 dr. Sanne Visser	 63
Toepassing stakeholdertheorie	63
 5.5 Gemeente Groningen	 64
Healthy Ageing en G6	64
Toepassing stakeholdertheorie	64
 5.6 Irmgard Buissink	 65
Kans voor de Veenkoloniën	65
Toepassing stakeholdertheorie	66
 Referenties.....	 66

Hoofdstuk 5: Niet benaderde stakeholders

Samen met opdrachtgever Jenny Oudman en begeleider dr. Geke Dijkstra is een lijst van potentieel interessante stakeholders voor het Blue Zone Bus project opgesteld. De partijen van die lijst die (nog) niet benaderd worden zijn Groninger Studenten Sportstichting ACLO, dr. Karlien Luten, Cholesterolmeting UMCG, dr. Sanne Visser, Gemeente Groningen en Irmgard Buissink. In onderstaande subparagrafen wordt per partij uitgelegd waarom deze (nog) niet benaderd wordt.

5.1 Groninger Studenten Sportstichting ACLO

Groninger Studenten Sportstichting ACLO, kortweg ACLO, is een overkoepelende studentensportstichting van de Rijksuniversiteit Groningen en de Hanzehogeschool Groningen en opgericht in 1945 (www.acloSPORT.nl). Met haar bijna 19.000 leden is de ACLO de grootste Overkoepelende Studenten Sport Organisatie van Nederland.



Health Week

Twee keer per jaar organiseert de ACLO een *Health Week*: een week voor zowel leden als niet-leden die in het teken staat van Healthy Ageing, waarbij aandacht wordt besteed aan voeding, bewegen en mentale gezondheid. Men kan een health check doorlopen, waarbij onder meer het BMI, vetpercentage, bloeddruk, longinhoud, knijpkracht, lenigheid en uithoudingsvermogen gemeten worden. Verder worden er verschillende workshops aangeboden, kan men spinnen met een hartslagmeter en kan men zich laten masseren.

Toepassing stakeholdertheorie

De ACLO kan ingedeeld worden in de latente stakeholders groep. De ACLO bezit namelijk maar één van de drie stakeholdereigenschappen: legitimiteit. Dit maakt de ACLO een discretionaire stakeholder. De (Health Week van de) ACLO is wenselijk binnen het systeem van normen, waarden en overtuigingen (Schuman, 1995), omdat het bijdraagt aan gezond(er) ouder worden. Op het moment dat dit onderzoek uitgevoerd werd was er geen sprake van urgentie om met het bestuur van de ACLO in gesprek te gaan. Als er een concreter beeld is van hoe de Bus eruit gaat zien en wat er mogelijk is in en rondom de Bus, zou er wel met het bestuur van de ACLO om de tafel kunnen worden gezeten om te praten over een eventuele samenwerking, bijvoorbeeld in de Health Week. Wel moet in gedachten worden gehouden dat de bezoekers van de ACLO (voornamelijk) mensen met een hoge SES zijn, namelijk studenten, terwijl de Blue Zone Bus vooral mensen met een lage SES wil bereiken.

5.2 dr. Karlien Luten

Dr. Karlien Luten is fysiotherapeut, leefstijlcoach en eigenaar van InBalanzCoaching (www.inbalanzcoaching.nl/). Ze werkt met een op maatgemaakte aanpak samen met haar cliënten aan een gezondere levensstijl. Ook is Karlien als promovendus verbonden aan de faculteit Medische Wetenschappen en het UMCG.



Toepassing stakeholdertheorie

Aangezien ze alleen de stakeholdereigenschap legitimiteit bezit, is Karlien een discretionaire stakeholder. Karlien voldoet aan de definitie voor legitimiteit, omdat haar werk als leefstijlcoach en eigenaar van InBalanzCoaching wenselijk is voor het streven naar een bevolking die gezonder ouder wordt. In het kader van de Blue Zone Bus is het niet urgent om met Karlien te spreken en heeft ze niet meer macht dan de personen, organisaties en instellingen die reeds benaderd zijn, omdat zij vooral hoger opgeleiden in haar praktijk ontvangt. Daarom is ervoor gekozen Karlien niet te benaderen voor een gesprek.

5.3 Cholesterolmeting UMCG

Van verschillende kanten hoorden we dat medewerkers van het UMCG eens in de zo veel tijd hun cholesterolgehalte kunnen laten bepalen in het UMCG. Ook vinden er in het kader van de Health@Work-weken meerdere keren gezondheidschecks per jaar plaats.



Toepassing stakeholdertheorie

We hebben besloten om de mensen van de cholesterolmetingen in het UMCG niet te benaderen voor het Blue Zone Bus project, omdat deze latente stakeholders zijn. De enige stakeholdereigenschap die aan deze groep toegeschreven zou kunnen worden is legitimiteit, waardoor het discretionaire stakeholders zijn. Deze partij heeft volgens de stakeholdertheorie van Mitchell en collega's (1997) geen macht, aangezien werknemers van het UMCG zelf mogen beslissen of ze wel of niet hun cholesterol willen laten meten. Ook is er geen sprake van urgentie volgens de theorie, omdat er geen sprake is van tijdsgevoeligheid. Het is op dit moment namelijk nog niet nodig om te weten hoe de metingen en checks in de Bus precies uitgevoerd worden. Wanneer er meer duidelijkheid is over de inrichting van de Bus, is het wellicht nuttig om alsnog contact op te nemen met de mensen van het UMCG.

5.4 dr. Sanne Visser

Dr. Sanne Visser is docent en mastercoördinator bij de Master Population Studies in Groningen. In september 2011 is ze begonnen aan haar promotietraject aan de Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen over voedingskeuzes in huishoudens in de provincie Groningen. Samen met de aanwezige kinderen, ouders en grootouders heeft ze hun keuzeprocess geanalyseerd en de verschillende elementen die een rol spelen bij een voedingskeuze. Ook heeft Sanne het zorggebruik van zorg-mijdende diabetespatiënten onderzocht in opdracht van het Masterplan Zorg voor de Toekomst Noord- en Oost-Groningen. Het doel van dit project was inzicht krijgen in de motieven van diabetici in Oost-Groningen om geen of nauwelijks gebruik te maken van de diabeteszorgketen en in wat hen zou kunnen stimuleren om hiervan wél actief gebruik te maken.



Toepassing stakeholdertheorie

In de theorie van Mitchell, Agle en Wood (1997) kan Sanne als een latente stakeholder worden aangemerkt en meer in het bijzonder als oordeelkundige of discretionaire stakeholder. Kenmerk hiervan is dat dit soort stakeholders legitimiteit hebben, maar geen macht en ook geen urgentie. Sanne bezit legitimiteit, aangezien haar onderzoek een wenselijke verandering binnen een systeem van normen, waarden en overtuigingen te weeg brengt. Door het doen van onderzoek vergaart ze kennis en inzicht om op een gerichte manier problemen aan te kunnen pakken. Op basis daarvan kan ze aanbevelingen formuleren voor beleid. Sanne ontbeert echter macht en urgentie. Het belang van Sanne is voornamelijk dat ze specifieke kennis bezit rondom voedingskeuzes en diabetespatiënten. Voorlopig is een interview met haar niet nodig. In een later stadium van het Blue Zone Bus project is het wel aan te raden met Sanne te praten om meer inzicht te krijgen in het voedingskeuzeprocess van mensen met een lage SES en hoe daarop invloed uitgeoefend kan worden. Deze inzichten kunnen nuttig zijn voor de werkwijze en beleid van de Blue Zone Bus. Daarnaast bezit Sanne specifieke kennis rondom diabetespatiënten. Eventueel kan gekeken worden of de uitkomsten qua stimulering van diabetespatiënten in de diabeteszorgketen ook (deels) toe te passen zijn op andere groepen of van belang kan zijn voor de Blue Zone Bus.

5.5 Gemeente Groningen

De gemeente Groningen had op 1 april 2016 200.487 inwoners (CBS) en is daarmee de grootste gemeente in Noord-Nederland. De gemeente Groningen is opgedeeld in vijf stadsdelen:



de Binnenstad, Oude Wijken, Noordwest/Hoogkerk, Noorddijk en Zuid. De stad Groningen is onderverdeeld in 14 wijken. De gemeente is onder meer verantwoordelijk voor buurt- en bewonersinitiatieven, zij verzorgt vanuit wijkposten het onderhoud van de wijk of buurt en is verantwoordelijk voor de WIJ-teams (buurtwerk).

Healthy Ageing en G6

Healthy Ageing (gezond(er) ouder worden) is een van de speerpunten van de Gemeente Groningen, aangezien vergrijzing in Noord-Nederland en in de stad Groningen veel voorkomt. In samenwerking met onderzoeksinstituten als Healthy Aging Network Noord Nederland (hierna: *HANNN*, www.hannn.eu), het UMCG en de Hanzehogeschool Groningen streeft de gemeente ernaar om mensen zich bewust te maken van gezond gedrag met als uiteindelijke doel een gezondere omgeving voor de inwoners en bezoekers van de stad Groningen. Hiervoor heeft de gemeente de zogenoemde G6 richtlijn geformuleerd die als leidraad en toetssteen moet gaan dienen bij de gezonde stedelijke ontwikkeling van Groningen. Deze richtlijn zijn geformuleerd door Stad, kennisinstellingen (RUG, UMCG, Hanzehogeschool Groningen) en het HANNN en bevatten de volgende 6 punten: actieve participatie, groene ruimte, gezond voedsel, actief verplaatsen, actief ontspannen en gezond wonen. Het uiteindelijke doel is 'dat de G6 tot het DNA van Stad, kennisinstellingen en zoveel mogelijk andere organisaties gaan doordringen'.

Toepassing stakeholdertheorie

Wanneer men de theorie van Mitchell, Agle en Wood (1997) los laat op de Gemeente Groningen, dan kan deze aangemerkt worden als een verwachtingsvolle stakeholder: een entiteit die in het bezit is van twee van de drie stakeholdereigenschappen. De gemeente bezit namelijk macht, aangezien zij een andere partij iets kan laten doen wat die laatste anders niet zou hebben gedaan (bijvoorbeeld belasting betalen). Daarnaast bezit de gemeente ook legitimiteit, aangezien zij wenselijke en geschikte acties kan ondernemen, zoals het maken van beleid en het uitkeren van subsidies. Hiermee neemt de gemeente een belangrijke plaats in binnen een systeem van normen, waarden en overtuigingen en heeft zij hier invloed op, bijvoorbeeld door de bovengenoemde G6 richtlijn. Meer specifiek kan de gemeente als dominante stakeholder worden aangemerkt. De gemeente bezit namelijk macht en legitimiteit, waardoor zij bij bepaalde organisaties veel invloed kan hebben (bijvoorbeeld door het verstrekken van subsidies). Wanneer de plannen voor de Blue Zone Bus meer concreet worden (hierbij valt te denken aan de inrichting en werkwijze van de Bus), is de gemeente een gezaghebbende stakeholder (een gezaghebbende stakeholder die alle drie de attributen bezit) en kan zij als stakeholder niet worden genegeerd.

5.6 Irmgard Buissink

Irmgard Buissink is programmaleider van Kans voor de Veenkoloniën (www.kvdvk.nl). Dit is een acht jaar durend programma, waarmee inwoners met eigen initiatieven en met steun van uiteenlopende organisaties hun leefsituatie kunnen verbeteren. Het doel dat daarmee centraal staat is de gezondheidsverschillen in de Veenkoloniën regio aanzienlijk en duurzaam te verkleinen. In Groningen zijn de gemeenten Bellingwedde, Hoogezand-Sappemeer, Menterwolde, Pekela, Oldambt, Stadskanaal, Veendam en Vlagtwedde betrokken bij het project. In dit programma is Irmgard de schakel tussen gemeenten, partners in zorg- en welzijn en zorgverzekeraars. Irmgard legt verbindingen over de provincie- en gemeentegrenzen heen om het doel te bereiken dat de juiste dingen worden gedaan om de gezondheid van iedere inwoner in de Veenkoloniën te verbeteren.



Kans voor de Veenkoloniën

In de Veenkoloniën, het Veenkoloniaal gebied van Groningen en Drenthe, ligt de sociaaleconomische status lager dan landelijk. Het doel van Kans voor de Veenkoloniën is een duurzame verandering te realiseren in de leefsituatie (en gezondheid), die het liefst zoveel mogelijk door inwoners zelf op gang wordt gebracht en gehouden. De centrale gedachte is dan ook: uitgaan van de kracht van de inwoners door aan te sluiten op wensen en behoeften en liefst (bestaande) initiatieven van inwoners zelf.

Met een budget van 10 miljoen euro stelt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de regio in staat om samen gezondheidsverschillen die er zijn tussen bijvoorbeeld rijk en arm, werkend en werkeloos, aan te pakken en een bijdrage te leveren aan de leefbaarheid in de Veenkoloniën. Dit geld is beschikbaar om gezondheidsdoelen te bereiken. Met nadruk gaat het hierbij niet om onderzoek.

Toepassing stakeholdertheorie

Irmgard Buissink is volgens de theorie van Mitchell, Agle en Wood (1997) een verwachtingsvolle stakeholder en meer in het bijzonder een dominante stakeholder. Kenmerken van partijen in deze categorie stakeholders zijn dat ze macht en legitimiteit bezitten. Als programmaleider van 'Kans voor de Veenkoloniën' heeft Irmgard macht, aangezien ze medebeheerder is van het budget van het Ministerie van Volksgezondheid en invloed heeft op de verdeling hiervan. Daarbij heeft ze legitimiteit, aangezien de acties van het project wenselijk en geschikt zijn om een achtergesteld gebied gezonder te maken. Een dominante stakeholder dient serieus genomen te worden vanwege de relaties die deze stakeholder onderhoudt. Toch hebben wij

besloten Irmgard niet te interviewen. Dit heeft te maken met het feit dat het project van de Blue Zone Bus nog te weinig concreet is om deze voor te dragen als initiatief.

Referenties

Mitchell, R.K., Agle, B.R. & Wood, D.J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *The Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.

Hoofdstuk 6

Conclusie

Inhoudsopgave

Referenties..... 68

Hoofdstuk 6: Conclusie en discussie

Er zijn verschillende potentiële stakeholders die van belang kunnen zijn voor een succesvolle voorzetting van het Blue Zone Bus project in kaart gebracht. Met behulp van de stakeholdertheorie van Mitchell, Agle en Wood (1997) is hieruit een selectie gemaakt van welke stakeholders wel en welke stakeholders niet benaderd worden. De vier stakeholders die al benaderd zijn vanwege hun expertise zijn Tom Steffens (FitGaaf!), Jacco Hiemstra (StartLoving IT, New Atlantis), Josine Van 't Klooster (Healthy Ageing, UMCG) en Hannie Poletiek (GGD Groningen). De interviews met deze personen hebben nuttige adviezen opgeleverd, zoals het belang van het hanteren van een bottom-up aanpak, het belang van samenwerken met andere initiatieven en het belang van het vooraf maken van een goede probleemanalyse samen met de doelgroep.

Er zijn echter, in verband met de beperkte tijd, in het kader van het Honours Masterwork geen leden van de doelgroep benadert. Voor het Honours Leadership Lab (Deel 1) hebben we dit wel gedaan tijdens 'Bakkie en een Prakkie' in het Talmahuis te Groningen. We hebben hier een aantal personen gesproken, maar om een beter en meer representatief beeld van de doelgroep en de behoeften en eigenschappen van deze groep beter in kaart te brengen, zou het goed zijn om ook mensen in andere wijken van Groningen/dorpen in Groningen te benaderen. We raden dan ook aan om hier, eventueel met een nieuw Honours Master project, meer tijd in te investeren. Dit kan samengaan met de aanbevelingen uit hoofdstuk 6 van Deel 1 om de wensen en behoeften van de doelgroep in kaart brengen en om de block leader(s) van een buurt te identificeren. Wij raden aan om, na uitvoerige gesprekken met de doelgroep, de stakeholders die reeds benaderd zijn nogmaals te benaderen, aangezien de inrichting in en rond de bus na de gesprekken met de doelgroep concreter zullen zijn en de samenwerking met deze stakeholders op basis van de nieuwe inzichten voortgezet kan worden. Ook raden wij aan om een aantal van de stakeholders die nu niet benaderd zijn dan alsnog te benaderen. Van de groep niet-benaderde stakeholders zijn met name de Gemeente Groningen en de Provincie Groningen interessante stakeholders, aangezien zij eventueel een subsidie kunnen verstrekken voor het project. Voor de uitbreiding van het project kan gedacht worden aan een samenwerking met de Groninger Studenten Sportstichting ACLO (Health Week). Ook zou Irmgard Buissink benaderd kunnen worden om de Blue Zone Bus eventueel in te zetten voor het project 'Kans voor de Veenkoloniën' (www.kvdvk.nl).

Referenties

Mitchell, R.K., Agle, B.R. & Wood, D.J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *The Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.

Appendix

Appendix

Inhoudsopgave

Appendix A: Gesprek met dr. Annemieke Visser – Toegepast GezondheidsOnderzoek	71
Appendix B: Gesprek met dr. Klaske Wynia - SamenOud	73
Appendix C: Gesprek met dr. Jasper Eijnsink – Gedragsverandering bij kwetsbare zwangeren	77
Appendix D: Gesprek met de doelgroep – Mensen met een lage sociaaleconomische status	79
Appendix E: Gesprek met Tom Steffens – FitGaaf!	80
Appendix F: Gesprek met Jacco Hiemstra – New Atlantis	83
Appendix G: Gesprek met Josine van 't Klooster – Healthy Ageing UMCG.....	85
Appendix H: Gesprek met Hannie Poletiek – GGD Groningen	87

Appendix A

Gesprek met dr. Annemieke Visser – Toegepast GezondheidsOnderzoek

Dr. Annemieke Visser

Dr. Annemieke Visser is werkzaam op de Faculteit Medische Wetenschappen en in het Universitair Medisch Centrum Groningen als Senior onderzoeker Toegepast GezondheidsOnderzoek. Ze is gespecialiseerd in onder andere Leefstijl, Patiëntparticipatie en Zelfmanagement en eigen regie. Het onderzoek dat Annemieke op deze en andere domeinen doet heeft zichtbare meerwaarde, omdat het 'vertaald' wordt naar de praktijk, zodat het de praktijk helpt stappen in de juiste richting te maken. Dit komt onder andere terug in het initiatief dat ze samen hoopt op te starten met Siena Binnema (Voel Je Goed Centrum Leeuwarden) naar hoe 'je goed voelen' kan worden gestimuleerd. We hebben Annemieke op 20 maart 2017 geïnterviewd over dit centrum in het kader van dit onderzoek.



Voel Je Goed Centrum Leeuwarden

Het Voel Je Goed Centrum Leeuwarden (hierna: *VJG*) wordt een centrum waarin een breed en gevarieerd netwerk van organisaties, bedrijven en initiatieven samenwerken om mensen te ondersteunen positieve veranderingen te maken. Er worden verschillende diensten, producten en activiteiten aangeboden die als overkoepelend thema 'je goed voelen' hebben. Siena en Annemieke willen het Voel Je Goed-idee graag uitbreiden naar bewoners in Leeuwarden. De aanpak van het VJG zal verschillen van de aanpak die andere projecten hanteren als het gaat om het benaderen van personen. Terwijl er bij andere projecten vaak gebruik wordt gemaakt van een 'top-down' benadering, waarin van 'bovenaf' gezegd wordt wat en hoe het 'beneden' moet gebeuren (i.e., de experts vertellen de mensen waar het om gaat wat ze wel en niet moeten doen), is het VJG idee juist gericht op een 'bottom-up' benadering, waarin de vraag en de motivatie om te veranderen vanuit de mensen zelf komt. Op deze manier voelen mensen dat ze invloed hebben op hun eigen geluk en zijn ze meer gemotiveerd om hieraan bij te dragen.

VJG: Anders dan andere projecten

Het VJG onderscheidt zich van andere projecten door niet alleen te focussen op mensen met een lage SES, maar op mensen van alle bevolkingsgroepen. Wel wordt er voor de verschillende groepen mensen ook verschillende benaderingswijzen gebruikt. Zo gaat het VJG er van uit dat mensen met een lage SES minder goed bereikt worden met gezondheidsvoorlichtingen en dat men

beter een bottom-up benadering kan hanteren door bijvoorbeeld te vragen 'Wat betekent goed voelen voor jou?'. Vaak wordt deze vraag beantwoordt met 'gezond(er) willen leven' of 'schuldeloos zijn'. Met deze vraag zorg je dat mensen intrinsieke motivatie hebben om gezonder te gaan leven. Verder wordt er doorgevraagd met de vragen 'Wat heb je hiervoor nodig?' en 'Wat kun je er zelf aan bijdragen?' Vooral de laatste vraag heeft als doel mensen te overtuigen dat ze zelf vaak invloed hebben op hoe ze zich voelen.

Adviezen voor de Blue Zone Bus

Het belangrijkste advies dat Annemieke voor de Blue Zone Bus heeft, is dat er per wijk moet worden gekeken waar de inwoners van die wijk behoefte aan hebben en wat ze nodig hebben. Voor de ene wijk zou een app kunnen helpen, terwijl in een andere wijk een Facebook-groep effectiever kan zijn en in weer een andere wijk, waar bijvoorbeeld meer ouderen wonen, is het beter om de bus vaker te laten komen. Door middel van buurtpanels kan met de bottom-up methode in kaart worden gebracht waar de bewoners van deze specifieke buurt behoefte aan hebben in het kader van het Blue Zone Bus project. Ook kan er in deze panels besproken worden wat er op dit moment al gebeurt en hoe de Bus eventueel met de al bestaande initiatieven zou kunnen samenwerken. Verder raadt Annemieke aan de belangrijkste mensen in de buurt te trainen en 1 keer per kwartaal samen te laten komen om te bespreken waar men tegenaan loopt en hoe anderen hiermee om gaan. Het is volgens Annemieke ook goed om buurtbewoners op een ludieke manier in aanraking te brengen met het concept van de Bus, waarbij het van belang is dat de focus niet (alleen) op gezondheid ligt, maar ook op 'zich goed voelen' in de breedste betekenis van het begrip.

Appendix B

Gesprek met dr. Klaske Wynia - SamenOud

Dr. Klaske Wynia

Klaske Wynia is verbonden aan de Faculteit Medische Wetenschappen en het UMCG. Op woensdag 22 maart 2017 hebben wij haar geïnterviewd in het kader van het project SamenOud. Dit project is een initiatief van Menzis, Zorggroep Meander en het UMCG. Het project betreft het ontwikkelen en invoeren van een nieuw zorgmodel voor ouderenzorg in verschillende gemeenten in vooral Noord Nederland. Het wetenschappelijk onderzoek voor dit project wordt uitgevoerd onder leiding van Klaske. Het team onderzoekt wat de effecten zijn van het nieuwe zorgmodel op onder andere de complexiteit van de zorgbehoeften, de kwaliteit en kosten van de zorg.



Samen Oud

SamenOud focust zich op een nieuw zorgmodel: in plaats van bij de professional te beginnen, wordt begonnen bij de ouderen. Er wordt gekeken naar de wensen van ouderen, zodat zij zo lang als mogelijk en wenselijk is thuis kunnen blijven wonen. De ouderen hebben hier baat bij, maar ook voor de overheid heeft dit voordelen, aangezien langer thuis wonen goedkoper is. SamenOud heeft daarom de gevolgen van verouderen geanalyseerd en daaromheen een zorgsysteem gebouwd, zodat aan de behoeften van ouderen tegemoet kan worden gekomen.

Aanpak onderzoek

Voor het project is Klaske op studiereis naar de Verenigde Staten van Amerika gegaan. De verzekeraar is daar tevens de zorgaanbieder, waardoor deze veel aan preventie doet, omdat deze er baat bij heeft dat de verzekerde zo goed mogelijk ondersteund wordt tegen zo laag mogelijke kosten. In Nederland wordt juist alles in vakjes verdeeld en doet een zorgverzekeraar het goed als zo veel mogelijk zorg wordt geboden. Er is daardoor minder aandacht voor preventie. In Nederland ligt de focus daardoor niet op gezondheid. De zorg moet daarom anders georganiseerd worden. Het systeem in de VS is hiervoor een goed voorbeeld.

Het nieuwe zorgmodel

Het nieuwe zorgmodel volgens SamenOud is gebaseerd op het Chronic Care Model (hierna: CCM) in combinatie met de Kaiser Permanente Triangle, een Population Health Management Model.

Kaiser Permanente is een verzekeringsmaatschappij in Amerika die werkt volgens het Integrated Care Model, waar Samen Oud op is gebaseerd. Beide modellen zijn vertaald naar de Nederlandse situatie en gespecificeerd voor (thuiswonende) ouderen van 75 jaar en ouder. In het nieuwe zorgmodel hebben de ouderen met name meer regie, waardoor ze een sterkere en duidelijkere rol in de eigen gezondheidszorg hebben. SamenOud verbindt maatschappelijke organisaties met organisaties voor gezondheidszorg en bestaat uit de vier kernelementen uit het CCM: ontwerp van het zorgproces, besluitvorming ondersteuning, klinische informatiesystemen en zelfmanagementondersteuning.

Ontwerp van het zorgproces

Ontwerp van het zorgproces betreft onder andere het samenstellen van Ouderenzorg Teams. Een Ouderenzorg Team staat onder leiding van een huisarts en bestaat verder uit een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een ouderenadviseur. De focus ligt op het realiseren van proactieve, preventieve en samenhangende zorg waarbij de oudere centraal staat. Er wordt rekening gehouden met alle aspecten van het functioneren en eventuele beperkingen in relatie tot de omgevingsfactoren. De wijkverpleegkundige of ouderenadviseur helpt in de rol van casemanager de ouderen om passende zorg en ondersteuning te vinden. Ook vraagt de casemanager aan de ouderen waar ze last van hebben en wat ze eraan willen doen. Vervolgens geeft de casemanager de mogelijkheden weer en maakt de oudere dan zelf een keuze. Op deze manier hebben de ouderen de regie over hun eigen zorgproces en dragen ze een deel van de verantwoordelijkheid.

Besluitvorming ondersteuning

Aan besluitvorming ondersteuning wordt vormgegeven door vragenlijsten in te zetten en zo ouderen in te delen in een passend risicoprofiel. Daarnaast wordt een gestructureerde anamnese gebruikt die specifiek ontwikkeld is voor ouderen. Hierdoor worden de meest relevante gezondheidsgerelateerde problemen van thuiswonende ouderen in kaart gebracht.

Klinische informatiesystemen

Het kernelement Klinische informatiesystemen omvat het Elektronisch Ouderen Dossier 'Zorgbeheer'. In het huidige klinische informatiesysteem heeft elke hulpverlener zijn eigen systeem. Een persoon wordt als het ware opgesplitst in allerlei dossiers. Als je persoonsgericht te werk wil gaan, dan moet je een dossier hebben met alle informatie. Eens per maand overleggen casemanagers en hulpverleners met elkaar om de dossiers te vergelijken en op elkaar af te stemmen. Ook wordt op deze manier gekeken welke ouderen bezocht moeten worden.

Zelfmanagementondersteuning

Zelfmanagementondersteuning richt zich op de rol van de oudere zelf. SamenOud benadrukt het belang van het perspectief van de oudere bij het identificeren van de zorg- en ondersteuningsbehoefte. Diverse strategieën voor zelfmanagementondersteuning worden ingezet, zoals gezamenlijke besluitvormingstechnieken, motiverende gesprekstechnieken en het plannen van acties.

Adviezen voor de Blue Zone Bus

SamenOud richt zich op het organiseren van een nieuw zorgmodel voor ouderen. Hoewel de doelgroep anders is dan de doelgroep waar de Blue Zone Bus op gericht zal zijn, kunnen bepaalde elementen uit het SamenOud project toegepast worden op het Blue Zone Bus project. Deze worden hieronder toegelicht.

Bottom-up benadering

De aanpak van SamenOud is grotendeels Bottom-up: aan de ouderen wordt gevraagd waar hij of zij behoefte aan heeft en wat hij of zij daaraan wil en kan doen. De verantwoordelijkheid en regie komt op deze manier terug bij de oudere. Deze aanpak zou volgens Klaske ook toegepast kunnen worden op de Blue Zone Bus, aangezien de beoogde doelgroep (mensen met een lage SES) op deze manier een stuk verantwoordelijkheid terugkrijgt en het idee heeft zelf de regie (deels) in handen te hebben.

Informatievoorziening

SamenOud is voor een groot deel gefocust op het teruggeven van de regie aan ouderen, onder andere door ouderen te vragen wat ze zelf aan hun klachten willen doen. De ouderen worden vervolgens goed geïnformeerd en maken dan zelf een keuze. Klaske benadrukt dat het erg belangrijk is dat de ouderen goed geïnformeerd worden. Daarom worden er SamenOud-dagen gehouden met lezingen in het kader van beweging, voeding en sociale contacten. Dit zijn namelijk belangrijke aspecten om zo lang mogelijk gezond te blijven.

Concreet vertaalt naar de Blue Zone Bus zou gedacht kunnen worden aan het organiseren van informatieavonden in bijvoorbeeld buurthuizen, waar naast informatie ook praktische tips worden gegeven en buurtbewoners met elkaar de informatie kunnen bespreken. Daarnaast zouden ook clubjes als een kook- of wandelclub opgericht kunnen worden waarin informatie over beweging, voeding en sociale contacten wordt gegeven. Het voordeel hiervan is dat de deelnemers direct meer

sociale contacten opdoen en bezig zijn met gezonde voeding en beweging. Ook zou eraan gedacht kunnen worden om de Bus tevens als vervoermiddel te gebruiken. Een bus die niet rijdt kan bedreigend overkomen, want wat gaat er gebeuren in de bus en wat kunnen de mensen verwachten? Door de mensen op te halen en ergens naar toe brengen (bijvoorbeeld naar een strand of bos om in de natuur te wandelen), wordt de drempel om in te stappen lager. Tijdens de rit kan informatie worden gegeven en verzameld en kunnen gezondheidsproblemen in kaart worden gebracht.

Communicatie

Communicatie is erg belangrijk voor de bekendheid en zichtbaarheid. Voor SamenOud heeft een communicatieadviseur daarom een website ontwikkeld, een huisstijl gemaakt met een bepaald lettertype en kleurencombinaties en een communicatie- en PR plan opgesteld. Klaske benadrukt dat een goed plan moet aansluiten bij de behoeften. Een goed plan voorziet in behoeften en moet goed voelen op een manier dat mensen denken: ‘waarom hebben wij het zelf niet zo bedacht?’ Goede PR en communicatie kunnen hierbij helpen. Het is belangrijk om te kunnen laten zien wat het project is en wat de ontwikkelingen daaromtrent zijn.

Aansluiting

Ten slotte gaf Klaske aan dat de financiering voor initiatieven gericht op preventie niet duurzaam is, aangezien preventie vaak wordt betaald door de gemeente, terwijl de besparing bij de zorgverzekering terecht komt. Er moet dan ook gedacht worden over een bekostigingssysteem. Aansluiting zoeken bij andere initiatieven kan daarom een optie zijn.

Appendix C

Gesprek met dr. Jasper Eijnsink - Gedragsverandering bij kwetsbare zwangeren

Dr. Jasper Eijnsink

Jasper Eijnsink werkt sinds oktober 2015 als gynaecoloog bij het UMCG, waar hij een fellowship volgt binnen de verloskunde. Jasper zet zich in voor het bevorderen van een gezonde leefstijl van zwangere vrouwen in achterstandswijken. Op 19 april 2017 hebben wij met Jasper gesproken in het kader van kwetsbare zwangeren en gedragsverandering bij deze doelgroep, aangezien deze doelgroep niet per se open staat voor een verandering in de leefstijl.



Werkgroep Kwetsbare Zwangeren

Jasper maakt deel uit van de werkgroep Zwangeren Centraal (voorheen Kwetsbare Zwangeren). De werkgroep bestaat uit deskundigen van de gemeente Groningen, de GGD, het UMCG, het Martiniziekenhuis, verloskundigen, de kraamzorg en de Jeugdgezondheidszorg. De werkgroep wil vroegtijdig factoren kunnen signaleren die een risico vormen voor een goed verloop van een zwangerschap en voor de gezondheid van de zwangere en het ongeboren kind. Hierbij kan gedacht worden aan indicatoren als roken en overgewicht, maar ook aan de sociale situatie van de vrouw en haar partner.

Werkwijze

Met behulp van een PowerPointpresentatie laat Jasper de werkwijze van de werkgroep zien. De werkgroep richt zich op kwetsbare zwangeren. Dit zijn vaak vrouwen in achterstandswijken die in relatieve armoede leven, ongezond leven, roken, psychosociale problemen hebben of een combinatie van deze factoren. Hierdoor lopen deze vrouwen en hun kinderen een groter risico op sterfte en ziekte rond en kort na de bevalling. Voor zowel de zwangere als de baby is het daarom essentieel om risicofactoren zo vroeg mogelijk in kaart te brengen. Dit gebeurt door middel van een vragenlijst voor zwangeren in de gemeente Groningen. In de vragenlijst wordt met name aandacht aan de sociale omstandigheden van de zwangere geschonken. Deze informatie kan vervolgens worden overgedragen aan de verschillende betrokken zorgverleners. De vragenlijst helpt om de situatie van de zwangere beter in kaart te brengen, zodat artsen en verloskundigen hier aandacht aan kunnen besteden. Vervolgens kan een zwangere multidisciplinair besproken worden in het team.

Motiveren

Jasper benadrukt dat het lastig is om kwetsbare zwangeren te motiveren om bijvoorbeeld gezonder te gaan leven of te stoppen met roken. In zijn eigen praktijk vraagt Jasper de zwangere vrouw eerst of zij wil stoppen met roken en biedt hierbij hulp aan. Stopt de zwangere niet of wil zij geen hulp, dan benoemt Jasper het in het volgende consult opnieuw.

Adviezen voor de Blue Zone Bus

Aangezien wij met de Blue Zone Bus ook tegen soortgelijke moeilijkheden verwachten aan te lopen, bijvoorbeeld in het kader van stoppen met roken bij mensen met een lage SES, hebben wij Jasper om tips gevraagd. Hieronder hebben wij zijn tips uitgewerkt

Integrale aanpak

Als eerste benadrukt Jasper dat het belangrijkste is dat de mensen een vast leefritme moeten creëren. Het probleem is breder dan bijvoorbeeld alleen roken. Als mensen namelijk geen werk hebben en thuis zitten, dan wordt het heel lastig om roken aan te pakken. Een integrale aanpak is daarom gewenst.

Verleiden

Om de mensen de Blue Zone Bus in te lokken, moeten mensen volgens hem verleid worden. Alleen informatievoorziening trekt niet heel erg. Het kan bijvoorbeeld helpen als het om zwangerschap of bevallen gaat met een fantoom een bevalling uit te leggen, of via korte filmpjes informatie over te dragen. Concreet voor de Blue betekent dit dat gekeken moet worden waar de doelgroep behoefte aan heeft en ze hiermee verleiden.

Doelgroep en expertise

Ten slotte gaf Jasper mee dat de doelgroep scherp in kaart moet worden gebracht. De doelgroep 'lage SES' is te breed, dit moet onderverdeeld worden in subklassen en per subklasse moet expertise in de Bus aanwezig zijn om aan te sluiten op de behoeften. Er dient daarom een multidisciplinair team te zijn.

Het is van belang de informatie goed over te brengen en goed te kijken op welke doelgroep je je richt. Je moet weten waar je het over hebt en kun je een bepaalde doelgroep niet bedienen, dan moet je de hulp niet aanbieden.

Appendix D

Gesprek met de doelgroep - Mensen met een lage sociaaleconomische status

De doelgroep - Mensen met een lage SES

Omdat het van groot belang is om te kijken of het idee van een Blue Zone Bus aansluit bij onze doelgroep en welke wensen zij heeft, zijn wij in gesprek gegaan met mensen met een lage SES in het buurthuis het Talmahuis in Groningen. Buurtwerkers van WIJ-Groningen wezen ons op activiteiten die in de verschillende buurthuizen in Groningen worden georganiseerd. Zodoende zijn wij op woensdagavond 17 mei 2017 aangeschoven bij 'Bakkie en een Prakkie' in het Talmahuis. Dit is een initiatief waarbij elke twee weken voor en door buurtbewoners wordt gekookt. De bezoekers van deze activiteit zijn grotendeels mensen met een lage SES.



We hebben aan verschillende aanwezigen gevraagd wat zij nodig hebben om zich goed of gelukkig te voelen en de antwoorden hierop kwamen ongeveer op hetzelfde neer: constanten in je leven, zoals voldoende geld, werk, liefde en vrienden vinden de meeste mensen belangrijk. De accenten liggen echter per persoon anders. Voor sommigen neemt het geloof een belangrijke plek in om zich goed te voelen, terwijl voor anderen gezondheid een belangrijke plek inneemt. Op de vraag hoe ze tegenover het idee van een Blue Zone Bus staan en of ze in zouden stappen, werd dan ook verschillend geantwoord. Sommigen gaven aan gezondheid niet zo belangrijk te vinden, omdat ze alleen met drugs en medicijnen gelukkig kunnen zijn. Zij zouden dan ook niet instappen. Anderen hoefden niet na te denken en zeiden meteen ja, omdat gezondheid erg belangrijk voor ze is. Een groot deel van de mensen gaf echter aan niet in te stappen. Ze vinden gezondheid niet onbelangrijk, maar ze hebben niet genoeg motivatie om de Bus in te stappen, omdat ze kunnen leven met hun gezondheidsniveau op dit moment. Voor de inrichting van de Bus zijn vooral de 'Bus-medewerkers' belangrijk volgens een bezoeker van 'Bakkie en een Prakkie'. Er werd aangegeven dat het belangrijk is dat de medewerkers belangstelling hebben voor de bezoekers van de Bus, dat ze moeten weten waar ze het over hebben en dat ze de mensen goed kunnen motiveren.

Appendix E

Gesprek met Tom Steffens – FitGaaf!

Tom Steffens

Tom Steffens is de oprichter van FitGaaf! (www.FitGaaf.nl), een bedrijf wat als doel heeft om via (school)kinderen hele gezinnen gezonder te maken door structuur en inzicht te geven aan hun beweeg- en eetpatronen. Beweeg- en eetpatronen worden inzichtelijk gemaakt door het gebruik van een kalender en stickers. Op de kalender geven kind en ouder(s) per dag gedurende 4 of 12 weken met verschillende soorten stickers aan welke gezonde acties ze hebben ondernomen (2 stuks fruit eten, 2 ons groente eten, genoeg water drinken, voldoende lichaamsbeweging). Wij spraken Tom op 3 mei 2017 om met hem te praten over onder andere de werkwijze van FitGaaf!.



Preventie

Net als de Blue Zone Bus is ook FitGaaf! gericht op preventie van de negatieve gevolgen van een slecht dieet en te weinig beweging. Tom geeft aan dat het mede hierdoor lastig is om succesvol een bedrijf in deze branche te starten. Preventie is niet tastbaar en vaak mist het gevoel van urgentie om gedrag te veranderen. Ook wordt preventie vaak als iets vaags gezien waardoor het lastig is om er financiering voor te krijgen. Wel vindt de overheid het belangrijk dat kinderen gezond en fit zijn en probeert zij scholen te motiveren door 'Gezonde School' vignetten uit te reiken aan scholen die veel bezig zijn met gezondheid.

Werkwijze

Het eerste contact met scholen verloopt vaak via buurtcoaches. Tom vertelt een buurtcoach over FitGaaf! en deze stelt vervolgens de (directeur van de) basisschool op de hoogte. Dan gaat Tom langs op scholen om het idee van FitGaaf! aan de kinderen en leerkrachten uit te leggen en geeft hen een kalender en stickerboekje om mee naar huis te nemen. Verder wordt er aan de kinderen gevraagd hoe fit ze zich nu voelen ('Als je laat bent en je zou heel hard moeten rennen of fietsen, hoe moe zou je daar dan van worden?') en hoe boos of blij ze op dat moment zijn. Deze twee vragen worden nogmaals tijdens de afsluiting van het FitGaaf! project gesteld, om te zien of er eventuele veranderingen plaats hebben gevonden.

Tijdens de vier weken dat het project duurt, wordt er af en toe in de klas door de leraar teruggekomen op de kalender, maar voor de rest wordt er vooral ouderparticipatie verwacht. Thuis

wordt de kalender opgehangen en worden er elke dag de stickers die uitbeelden welke goede acties ze hebben genomen opgeplakt. Op de kalender en op www.FitGaaf.nl is aanvullende informatie te vinden over bijvoorbeeld waarom ontbijten zo belangrijk is. Ook worden er reminders gestuurd gedurende de vier weken. Na de vier weken stickers plakken gaat Tom weer naar de school om na te bespreken met de kinderen en wordt er een afsluitende workshop gedaan. Hoewel de kalenders aan alle kinderen worden meegegeven, heeft Tom een steeds sterker wordend gevoel dat het vooral de gezinnen met wat zwaardere kinderen die eventueel ook al naar een diëtist en/of fysiotherapeut gaan zijn die trouw blijven doorplakken, terwijl andere kinderen en ouders eerder afhaken.

Tom probeert zoveel mogelijk met een bottom-up benadering te werken, door bijvoorbeeld moeders te laten bloggen over FitGaaf!. Het zijn echter vaak moeders met een hoge SES die hierin geïnteresseerd zijn. Naast basisscholen biedt Tom zijn kalenders ook aan zorgverleners aan. Zij kunnen ook gebruik maken van de 12 weken versie van de kalender. De kalender geeft inzicht voor zowel kind en ouder als voor de hulpverlener en biedt zo ook aanknopingspunten aan voor de hulpverlener om het kind nog beter te kunnen helpen. In de toekomst wil Tom met een app de kalender tot leven laten komen, bijvoorbeeld door van de figuurtjes op de stickers soort tamagotchi's te maken die in leven moeten worden gehouden door gezond gedrag te vertonen.

Adviezen voor de Blue Zone Bus

Tom benadrukt dat het gebruik maken van beloningen belangrijk is en dat een positieve aanpak beter werkt dan een negatieve aanpak. Het is hierin wel belangrijk dat de door de beloning gevormde extrinsieke motivatie op den duur overgaat in de intrinsieke motivatie om gezond te leven. Hoe groter de beloning, hoe sterker iemand extrinsiek gemotiveerd is om bepaald gedrag te vertonen en hoe moeilijker het wordt om om te schakelen naar intrinsieke motivatie op het moment dat de beloning weg wordt genomen. Wanneer de extrinsieke motivatie hoog is en de intrinsieke motivatie laag, is het dus waarschijnlijk dat mensen terug zullen vallen in hun oude gedragspatroon op het moment dat ze de beloning niet meer krijgen. Dit is waarom Tom voor FitGaaf! heeft gekozen om een beloningssysteem met relatief kleine beloningen in de vorm van stickers te gebruiken.

Verder geeft Tom aan dat het project duidelijk aan kinderen moet worden uitgelegd ('Als je gezonder leeft, heb je meer energie, meer brandstof. Hierdoor krijg je een fijner gevoel.'). Ook is het belangrijk om te beseffen dat mensen met een lage SES vaak naast gezondheidsproblemen ook andere problemen hebben, zoals geld gerelateerde problemen. Tom geeft daarom de voorkeur aan de nieuwe definitie van gezondheid, opgesteld door Machteld Huber: 'gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.' boven de definitie van het WHO ('Gezondheid is de afwezigheid van

ziekte'). Deze nieuwe en positieve definitie van gezondheid heeft zes categorieën waarop iemand gescoord kan worden die samen het positieve gezondheidsweb vormen: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren. Met dit in het achterhoofd, kan men een gesprek met een lid van de doelgroep anders in gaan. Door te vragen waar degene nu het eerste mee geholpen is, en diegene daar mee helpen (bijv. een fiets regelen voor iemands kind die anders niet op school kan komen – dit neemt stress weg bij de ouder), is de kans groter dat er daarna meer tijd en energie in gezonder leven gestoken kan worden.

Tom raadt aan eerst verhalen uit de buurt te halen en vervolgens mensen te prikkelen met nieuwe technologieën. Daarnaast adviseert hij om een soort community opbouwen. Iemand vanuit de buurt kan bijvoorbeeld aangeven dat hij/zij voor zijn/haar kind een fiets nodig heeft, waarop anderen kunnen reageren als zij een fiets over hebben. Bij dit alles dient steeds rekening te worden gehouden met het positieve gezondheidsweb.

Appendix F

Gesprek met Jacco Hiemstra – New Atlantis

Jacco Hiemstra

Jacco Hiemstra is medeoprichter van New Atlantis (www.NewAtlantis.info/nl). New Atlantis helpt om innovatie tot bloei te laten komen als onderdeel van een systeem van samenwerkingspartners. We hebben Jacco Hiemstra leren kennen op de Healthy Ageing meetup van het Healthy Ageing Network Noord Nederland op 14 maart 2017. Op 1 mei 2017 vond het interview met Jacco plaats.



New Atlantis

New Atlantis maakt gebruik van het concept van serendipiteit: zinvol toeval. Het project New Atlantis biedt een vrijplaats voor het leren en ontwikkelen in een maatschappij van rationaliteit. Het Serendepity Lab is een van de wegen naar New Atlantis. In dit Lab wordt onder leiding van Jacco Hiemstra en Albert-Jan Abma een atmosfeer gecreëerd die serendipiteit triggert, zodat mensen zich open kunnen stellen voor nieuwe perspectieven. De eigen beperkingen kunnen op deze manier overstegen worden. Daarbij organiseert New Atlantis nieuwe en verrassende samenwerkingen tussen bedrijven, (onderwijs)instellingen, overheden en NGO's.

Serendipity Lab

Op 18 mei 2017 heeft Maud het Serendipity Lab bijgewoond. In het Serendipity Lab komen ondernemers, organisaties, overheid, onderwijs, studenten en andere geïnteresseerden bij elkaar om samen te werken aan innovatieve ideeën. Het Serendipity Lab begon met een kennismaking door middel van de verschillende zegels van de Mayakalender. Daarna vulden de deelnemers het magisch kompas in: iedereen moest zichzelf of de organisatie waarvoor hij of zij werkt op acht verschillende aspecten (Strategy, Market, Proposition, Science & Technology, Finance, Management, Resources en Ethics) een score geven van 1 tot 4, om er zo achter te komen waar de sterke en zwakke punten liggen. Ten slotte waren er drie innovatietafels met drie verschillende onderwerpen waar de deelnemers van het Lab konden aanschuiven: (1) Maatschappelijke activatie lage SES, (2) Community draagvlak en energiesector, en (3) IT & medische ondersteuning. Maud heeft ervoor gekozen aan te sluiten bij de tafel met het onderwerp 'Maatschappelijke activatie lage SES', aangezien dit onderwerp het meeste relevant is voor het Blue Zone Bus project. Anderen die aan deze tafel waren aangeschoven zijn onder andere Hille Meetsma, oprichter en directeur van de app VitalinQ (hierover in de volgende paragraaf meer) en Roel van der Heijden, verbonden aan het UMCG en het Healthy

Ageing Network Northern Netherlands (HANNN). Beiden houden zich bezig met gezond(er) ouder worden en met hen heeft Maud gebrainstormd over hoe mensen met een lage SES beter bereikt kunnen worden. Uit deze brainstormsessie kwam vooral naar voren dat het gebruik van een bottom-up benadering en een block leader gewenste benaderingen zijn voor het Blue Zone Bus project.

Adviezen voor de Blue Zone Bus

Met Jacco hebben we voornamelijk de ICT aspecten met betrekking tot de Bus besproken, waaronder de mogelijkheid tot een app. Jacco gaf aan bereid te zijn te willen helpen bij het meedenken over het ontwikkelen en opzetten van een app, maar raadde ons ook aan om aansluiting te zoeken bij een al bestaande app. Hierbij noemde hij de app van VitalinQ van Hille Meetsma. Deze app biedt een platform waar aan de hand van praktische en wetenschappelijk gevalideerde adviezen de regie over de eigen gezondheid kan worden genomen. Door aan te sluiten bij een app als deze, hoeft geen nieuwe app ontwikkeld te worden en wordt aangesloten bij een al goed lopende app.

Jacco gaf als tip mee om een extra commitment in te bouwen door de app voor een symbolisch bedrag voor bijvoorbeeld 1 euro te verkopen. Doordat mensen moeite voor de app hebben moeten doen (namelijk 1 euro betalen), zullen ze meer gemotiveerd zijn om de app te gebruiken om hun levensstijl of leefstijl te verbeteren (ze hebben er immers voor betaald). Voor de mensen die nóg gemotiveerder zijn om hun gezondheid te verbeteren, kan nagedacht worden over een abonnementenservice bij de app. Voor een klein bedrag per maand krijgen de abonneenthouders extra opties die bij de normale app niet beschikbaar zijn. Gedacht kan worden aan extra bewegings- of voedingsadviezen.

Verder benadrukt Jacco dat de doelgroep vaak niet zit te wachten op goedbedoelde adviezen van 'wijsneuzen'. Daarom is het belangrijk bij de belevingswereld van de doelgroep aan te sluiten (wat zijn hún behoeften) en daar de adviezen op aan te passen.

Ten slotte gaf Jacco als tip mee om de app breder te trekken door bijvoorbeeld ook buurtwerkers in de app te betrekken. Buurtbewoners komen door de app in contact met elkaar, maar staan zo ook in nauwer contact met buurtwerkers en hulpverleners. Op deze manier kunnen buurtbewoners op een laagdrempelige en snelle manier communiceren met hulpverleners en buurtwerkers.

Appendix G

Gesprek met Josine van 't Klooster – Healthy Ageing UMCG

Josine van 't Klooster

Josine van 't Klooster is hoofd van het Healthy Ageing Team van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Josine heeft vele zaken in haar pakket, bijvoorbeeld projecten op het gebied van Healthy Ageing in de zorg (zoals de Leefstijlwijzer, Health Literacy initiatieven en een Rookvrij UMCG). Ook richt ze zich op internationale samenwerking op het gebied van Healthy Ageing en is ze een aanjager en verbinder op het gebied van Healthy Ageing onderzoek, door eigen onderzoek en in samenwerking met internationale partners. Op 12 mei hebben we met Josine en een stagiaire gesproken over Healthy Ageing.



Healthy Ageing Team

Het team van Josine richt zich naast lobby en strategie ook op outreach: het delen van kennis over gezond en gelukkig ouder worden door buurten in te trekken. Het team verbindt onderzoekers in dit kader met de maatschappij. De Healthy Ageing Week heeft dan ook als doel om kennis delen en de wetenschap naar de maatschappij brengen. Er worden activiteiten georganiseerd zoals een fototentoonstelling over Gezond en Gelukkig Ouder Worden, een Meet & Greet voor kinderen (met een lage SES) met onderzoekers in wijkfilialen in de stad Groningen. Daarnaast gaat het Healthy Ageing team ook de buurten in met onderzoekers en dokters waaraan de kinderen allerlei vragen kunnen stellen. Op deze manier komen de kinderen al op jonge leeftijd in aanraking met wetenschap en gezondheid.

Adviezen voor de Blue Zone Bus

Josine raadt aan om schoolkinderen per groepje naar de Blue Zone Bus te laten gaan om zo wat te leren over gezondheid. De Bus zou meerdere keren bij dezelfde school langs kunnen gaan, steeds met een ander thema (bijv. beweging, voeding, mentale gezondheid en gezond ouder worden). Hier kunnen de leraren dan ook op inhaken tijdens de lessen. Josine waarschuwt dat gezonde voeding een lastig onderwerp kan zijn in de groep mensen met een lage SES. Een zak chips is immers goedkoper dan een 'normaal avondmaal'. Dit zou kunnen worden opgevangen door een samenwerking aan te gaan met projecten van de gemeente of andere interventies van waaruit bijvoorbeeld fruitpakketten worden verspreid. Behalve op scholen, kan de Bus ook op bijvoorbeeld markten staan. Als er iets gratis te doen is en de kinderen zijn enthousiast, worden de ouders van die

kinderen ook bereikt. Er kan bijvoorbeeld gratis koffie, thee en water met fruit worden aangeboden. Zeker het fruitwater kan een succes zijn, omdat het er lekker en zomers uit ziet én gezond is.

Verder adviseert Josine veel gebruik te maken van de bestaande infrastructuur van bijvoorbeeld de WIJ-teams, wijkburgemeester en invloedrijke personen binnen de groep (de block leaders). De wijkteams kunnen helpen met het promoten van de Blue Zone Bus en de buurtbewoners op de hoogte brengen over wanneer de Bus bij hen komt en over wat er in en rondom de Bus te doen is. Ook benadrukt Josine dat het, zeker voor de doelgroep 'mensen met een lage SES', erg belangrijk is om beloften na te komen. Dit omdat er vaker beloften of onderzoeken gedaan worden in deze buurten waar de buurtbewoners vervolgens niets meer over horen, wat leidt tot frustratie. Daarom is het goed om het buurthuis het Talmahuis (waar Attie en Maud buurtbewoners hebben gesproken over de Blue Zone Bus) als één van de eerste plekken te kiezen om met de Bus langs te gaan.

Ten slotte noemt Josine een aantal bestaande rondtrekkende bussen waar eventueel inspiratie op praktisch of financieel gebied uit zou kunnen worden gehaald. Zo worden scholieren in de RUG Discovery Truck van Theo Jurriens in aanraking gebracht met wetenschap, kunnen mensen in de Rijdende Popschool samen muziek maken en komt de bibliotheek naar de mensen toe in de Biebbus. Ook het team van Josine gaat de buurten in. Ze geeft aan dat haar collega's en PhD studenten eventueel in de Bus zouden willen rijden. Daarnaast oppert Josine dat bedrijven als Friesland Campina de Blue Zone Bus wellicht financieel zouden willen ondersteunen.

Appendix H

Gesprek met Hannie Poletiek – GGD Groningen

Hannie Poletiek

Hannie Poletiek is functionaris gezondheidsbevordering bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst Groningen (hierna: GGD). Ze bekleedt deze functie 30 jaar. Na haar studie Voeding in Wageningen heeft ze de master Gezondheidsvoorlichting gedaan. Vanuit haar werk voor de GGD geeft ze voorlichting over gezondheid en probeert ze gedragsverandering te bewerkstelligen. Op woensdag 27 mei hebben we Hannie Poletiek hierover geïnterviewd.



GGD Groningen

De GGD Groningen voert namens de 23 Groninger gemeenten taken uit op het gebied van collectieve preventie en publieke gezondheid. Zorg en hulp wordt zo veel mogelijk lokaal, dus dichtbij, verleend. De GGD werkt veel samen met andere organisaties, onder andere met alle gemeenten in Groningen en de provincie Groningen. De lijfspreuk van de GGD Groningen is 'Samen werken aan gezondheid'. Gezondheid is voor de GGD namelijk meer dan alleen 'niet ziek zijn': ook meedoen, welzijn en veiligheid zijn belangrijke onderdelen van gezondheid.

Aanpak GGD

Hannie legt uit dat de GGD vraaggericht werkt; de GGD vraagt bijvoorbeeld aan scholen wat zij belangrijk vinden en welke problemen zij zien. De GGD maakt zelf ook een analyse van problemen in een wijk (bijv. overgewicht onder kinderen) en neemt dat mee in het gesprek. Hannie benadrukt dat het belangrijk is dat de mensen het betreffende onderwerp zelf ook als probleem zien. Als de mensen het niet belangrijk vinden, dan start de GGD geen project. De mensen moeten dus, indien nodig, eerst overtuigt worden van de noodzaak om het probleem aan te pakken. Het overtuigen gebeurt op verschillende manieren. Soms worden de betrokken partijen even 'met rust gelaten', zodat ze het idee kunnen laten bezinken. In andere gevallen gaat de GGD juist in gesprek of wordt bewustwording via bijvoorbeeld het mobiliseren van gymleerkrachten gerealiseerd.

Lage sociaaleconomische status

Aangezien volwassenen en kinderen met een lage SES de meeste gezondheidsproblemen hebben, zijn dit de mensen die het meeste belang hebben bij gezondheidsprogramma's. Hannie Poletiek raadt aan om eerst het probleem grondig te analyseren. Dit kan door vragen te stellen als:

‘Wat wil je veranderen?’, ‘Wat is het thema van het probleem?’ en ‘Waar wil je (eerst) aan werken?’ Aan de hand van de antwoorden op deze vragen kan een concrete probleemanalyse opgesteld worden. Daarna moet de vraag ‘Voor wie is de huidige situatie een probleem?’ beantwoord worden. Als de beoogde doelgroep (in dit geval mensen met een lage SES) zelf de huidige situatie niet als probleem beschouwt, zal de interventie hoogstwaarschijnlijk niet effectief zijn. Het is dus essentieel voor het succes van een interventie om aan te sluiten bij wat de doelgroep, in ons geval mensen met een lage SES, belangrijk vindt. De GGD doet dit door gebruik te maken van de kenmerken van de wijk of buurt waar eventueel een interventie zal worden uitgevoerd. Verder benadrukt Hannie dat het belangrijk is om uit te gaan van het concept van positieve gezondheid. Kort gezegd houdt dit in dat men de regie heeft over de eigen gezondheid (in plaats van de focus op de afwezigheid van ziekte). Positieve gezondheid bestaat uit de volgende zes pijlers: dagelijks functioneren, lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven en sociaal maatschappelijk participeren. Daarbij is het belangrijk om niet alleen de aandacht te richten op lichamelijke factoren, aangezien lichamelijke klachten ook uit bijvoorbeeld stress kunnen voortvloeien. Een focus op alleen lichamelijke factoren is daardoor te beperkt. Bovendien is het gewenst om niet alleen aandacht te besteden aan de dingen die niet goed gaan, maar juist de dingen die wél goed gaan te benadrukken. Ook is het noodzakelijk om problemen vroegtijdig te signaleren. Als zaken ontsporen, moet daar vroegtijdig oog voor zijn, zodat er kan worden ingegrepen en het niet erger wordt.

Omgevingsfactoren

Gezondheid en gezond gedrag zijn mede afhankelijk van de omgeving. De omgeving moet zo zijn dat het ongezonde gedrag veranderd kan worden. Concreet houdt dit in dat tegen mensen niet alleen gezegd moet worden dat ze bijvoorbeeld meer moeten bewegen, maar dat daar ook de mogelijkheid toe is (bijvoorbeeld door de afwezigheid van een stoep of park kan het lastig worden voldoende te wandelen). Voor voeding geldt hetzelfde: gezonde voeding moet te verkrijgen zijn. Dit zijn aspecten waar rekening mee moet worden gehouden.

Adviezen voor de Blue Zone Bus

Hannie Poletiek adviseert een bottom-up benadering te hanteren. Problemen moeten dus benaderd worden vanuit de doelgroep (‘Wat wil de doelgroep?’). Ook zegt Hannie dat het goed is om de focus op (een) bepaald(e) gebied(en) te leggen en de Bus specifiek op die plek(ken) af te stemmen. Ook is het wenselijk om proef te draaien in wijken waar mensen openstaan voor het idee van de Blue Zone Bus. De succesverhalen uit deze wijken kunnen dan als positief voorbeeld dienen voor andere wijken, waar vervolgens het Blue Zone Bus project een grotere kans van slagen zal

hebben. Daarnaast geeft Hannie ook aan dat het voor de inrichting van de Bus rekening te houden met positieve gezondheid en te benadrukken wat er nu al goed gaat en hoe het eventueel nóg beter kan. Ten slotte is het belangrijk om niet te veel willen zenden en om niet betweterig over te komen. Dit kan door aan te sluiten bij de belevingswereld van de doelgroep, door bijvoorbeeld mensen uit de wijk in te zetten in de Bus. Op deze manier herkennen de bezoekers van de Bus zich in de medewerkers van de Bus, waardoor ze eerder naar binnen zullen stappen.